



Instituto Superior
de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

A saúde em contexto de crise e o papel da regulação

Estudo de caso no Hospital Distrital de Santarém

Mestrando: Pedro Miguel Silva de Almeida

**Orientador: Professor Doutor Eduardo Raúl Lopes
Rodrigues**

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
em Gestão e Políticas Públicas

Lisboa

2014

VALORIZAMOS PESSOAS

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT



Instituto Superior
de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

A saúde em contexto de crise e o papel da regulação

Estudo de caso no Hospital Distrital de Santarém

Mestrando: Pedro Miguel Silva de Almeida

Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

Orientador: Professor Doutor Eduardo Raúl Lopes Rodrigues

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
em Gestão e Políticas Públicas

VALORIZAMOS PESSOAS

WWW.ISCSP.ULISBOA.PT

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Eduardo Lopes Rodrigues, pela disponibilidade, paciência e incentivo constante.

Aos Administradores Hospitalares, Dr. José Josué e Dr. João Vaz Rico, que me possibilitaram a realização do vertente estudo de caso no Hospital Distrital de Santarém.

Aos meus pais, sempre presentes.

À Ana, incansável motivadora.

À Dr^a Paula Santos, pelo apoio.

Ao Dr. António Cúrdia, pelo estímulo.

Aos meus amigos, pelos votos de sucesso.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional.

À Helena e Beatriz, por iluminarem o caminho.

À Ana, por estar presente.

Resumo

Portugal celebrou em 2011 um Programa de Assistência Financeira com a União Europeia/FMI, que integrou um Memorando de Entendimento com implicações no âmbito da organização do setor da saúde e na regulação do mesmo. O esforço exigido na redução dos gastos públicos com a saúde, terá eventuais impactos decorrentes da reorganização de serviços e, eventualmente, ao nível da qualidade e de acessibilidade aos cuidados de saúde.

O Hospital Distrital de Santarém, como outros organismos do Serviço Nacional de Saúde, sofre com as dificuldades de financiamento do setor da saúde e com as medidas de reorganização que resultam do Programa de Assistência Financeira, permitindo, através de um estudo de caso exploratório, refletir sobre o impacto das mesmas na prestação de cuidados de saúde nos hospitais do SNS.

O exercício da atividade regulatória independente poderá eventualmente colidir com o papel do Estado enquanto principal ator no setor da saúde, em particular numa conjuntura que obriga à redução da despesa e dos níveis de prestação ou de qualidade dos serviços públicos de saúde.

A forma como essa regulação é percecionada pelos regulados do setor público, em particular o setor hospitalar do SNS, é relevante para avaliar a sua importância em tempos particularmente exigentes.

Abstract

Portugal signed in 2011, a Financial Assistance Program with the EU / IMF, which includes a Memorandum of Understanding with implications in the regulatory framework of the health sector and its organization. The effort required to reduce the public spending in health sector will have potential impacts on the provision of health care and, possibly, on quality and accessibility to such health care.

Hospital Distrital de Santarém, like others NHS organizations, suffers from financial difficulties and from the reorganization measures resulting the Financial Assistance Program EU / IMF, which allows us through an exploratory case study to reflect about their impact on the provision of public health care in NHS hospitals.

The exercise of independent regulatory activity may eventually collide with the role of the state as the main actor in the health sector, particularly in an environment that requires the reduction of expenditure and levels of performance or quality of public health services.

How the regulated public sees this regulation sector, particularly by the NHS hospitals, is relevant to assess its importance in this particularly demanding times.

Índice Geral

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract.....	iv
Índice de figuras	vii
Índice de quadros.....	vii
Principais siglas utilizadas.....	viii
1. - Introdução	1
1.1 – Objeto.....	3
1.2 – Objetivos	5
1.3 – Questão principal de investigação e questões complementares.....	8
1.4 – Hipóteses contrastantes	9
1.5 – Contexto.....	10
2 – Enquadramento na Ciência da Administração Pública.....	13
3 – Metodologia.....	20
4. – Estado da Arte	27
5. – A saúde em contexto de crise e a regulação	30
5.1- O impacto da crise nos cuidados de saúde	31
5.2- A regulação.....	37
5.2.1 – Na União Europeia	42
5.2.2 – Em Portugal	45
6 – O Memorando de Entendimento.....	53
7- O Hospital Distrital de Santarém	56

7.1 – Hospital do SNS.....	57
7.2 – Caraterização do HDS	57
7.3 – Dados de produção do HDS.....	58
7.4 – Recursos humanos do HDS	62
8 – Entrevistas	65
8.1 - Categorização	66
8.1.1 – O MdE e a oferta da Instituição.....	66
8.1.2 – O MdE e a procura de cuidados.....	67
8.1.3 - O MdE e as rotinas do HDS	68
8.1.4 – A Entidade Reguladora da Saúde	69
9. Conclusões.....	71
9.1 - A questão de partida	72
9.2 - Hipóteses	74
9.3 – Linhas de futura investigação	77
Referências bibliográficas	79
Anexos.....	I
Anexo I – Carta ao HDS para realização do estudo de caso.....	II
Anexo II – Relação de entrevistados	III
Anexo III - Guião das entrevistas	IV
Anexo IV - Transcrição das entrevistas	V
Anexo V - Tratamento das entrevistas.....	XXXI
Anexo VI - Medidas do MdE para a Saúde, da 1ª à 6ª revisão.....	LIII

Índice de figuras

Figura 1- Concelhos da área de influência do Hospital Distrital de Santarém.....	58
--	----

Índice de quadros

Quadro 1 –Internamento (HDS, 2013a)	59
Quadro 2 – Hospital de dia (HDS, 2013a).....	59
Quadro 3 – Consulta externa (HDS, 2013a).....	60
Quadro 4 - Urgência (HDS, 2013a).....	60
Quadro 5 – Obstetrícia (HDS, 2013a)	61
Quadro 6 – Cirurgia (HDS, 2013a)	61
Quadro 7- MCDT (HDS, 2013a).....	62
Quadro 8 – R.H. distribuição por grupo profissional (HDS, 2013b).....	63
Quadro 9 – Horas extraordinárias (HDS, 2013b).....	64
Quadro 10 – Horas suplementares (HDS, 2013b)	64

Principais siglas utilizadas

AC – Autoridade da Concorrência

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CE – Comunidade Europeia

CRP – Constituição da República Portuguesa

D.L. – Decreto-lei

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

HDS – Hospital Distrital de Santarém

Infarmed – Instituto da Farmácia e do Medicamento, IP

MdE – Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality ou
Memorando de Entendimento sobre as Condicionantes de Política Económica

MS – Ministério da Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PPP – Parceria Público-Privada

SIEG – Setores de Interesse Económico Geral

SIG - Serviços de Interesse Geral

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Setor Público Administrativo

Troika – Designação dada ao Fundo Monetário Internacional, Mecanismo Europeu de Estabilização Financeira e Fundo Europeu de Estabilidade Financeira, que celebraram com Portugal o Programa de Assistência Financeira

UE – União Europeia

WHO – World Health Organization ou Organização Mundial de Saúde

“(...) todos desejam administrar hospitais e todos se consideram capazes de o fazer.

Acontece, no entanto, que os hospitais são entidades extremamente complexas, das mais complexas dos tempos de hoje, pelo que o amadorismo, qualquer que seja o seu fundamento, faz correr riscos graves, de grande montante económico e de incalculáveis afrontamentos humanos.”

Prof. Coriolano Ferreira

1. - Introdução

Na Constituição da República Portuguesa de 1976, foi definido como sistema de saúde um modelo de Serviço Nacional de Saúde (SNS), cabendo ao Estado providenciar cuidados de saúde de forma gratuita e universal, passando a tendencialmente gratuito na 2ª revisão constitucional, em 1989, financiando essa atividade através de impostos e não mediante o pagamento direto dos serviços prestados por parte dos utilizadores.

O modelo de SNS, segundo Campos (2008, p. 12), caracteriza-se pelo facto de beneficiar todos os cidadãos e residentes em território nacional, independentemente de se encontrarem ou não empregados, e pelo seu financiamento ser assegurado através de impostos, garantindo a cobertura de todo o território nacional e da generalidade de riscos ou eventualidades, sendo a maioria das prestações de cuidados de saúde da responsabilidade de serviços públicos, deixando ao setor privado um papel complementar.

De acordo com o mesmo autor, coexistem na Europa Comunitária outros modelos de prestação de cuidados de saúde, dando como exemplos o sistema de seguro terceiro-pagador, em que uma entidade responsável contrata a prestação de serviços com prestadores de natureza diversa (público, privado, social), e o sistema convencionado, em que a segurança social suporta os custos da prestação através de financiamento obtido por quotização da massa salarial de trabalhadores e empresas (Campos, 2008, p. 11).

No entanto, o setor da saúde pode ser encarado como qualquer outro mercado, aplicando-se as regras gerais do mercado, ou seja, os serviços apenas estarão disponíveis a quem tenha capacidade para os pagar e não a todos os que deles necessitem, pelo que a intervenção do Estado é essencial para garantir a acessibilidade a cuidados de saúde a todos que deles careçam, salvaguardando os direitos fundamentais constitucionalmente previstos.

Sendo o acesso a cuidados de saúde um direito constitucional consagrado e interiorizado na atual sociedade portuguesa, poderá ser classificado como um “bem público”, disponível a todos que deles necessitem, o qual é definido por Rodrigues (2010, p. 62) como: “conjunto de bens e serviços (...) cuja fruição está acessível a todos, gratuitamente, sem que o seu consumo ou a sua utilização por algum protagonista

social, económico, cultural, religioso, político, reduza o “stock” disponível desse mesmo “bem” para quaisquer outros protagonistas”.

1.1 – Objeto

O sistema de saúde português, segundo a Lei de Bases da Saúde é constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, mas integra também as entidades privadas e profissionais liberais que celebrem com o SNS contratos para prestação dessas atividades.

O sistema de saúde assume um papel relevante para a economia, sendo um setor criador de emprego e que nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) representa perto de 1 em cada 10 postos de trabalho, concorrendo os gastos em saúde para estabilizar a economia em tempos de crise, contribuindo ainda para a capacidade produtiva da economia, já que pessoas doentes não poderão trabalhar e se o fizerem tenderão a ganhar menos do que quem é saudável (OCDE, 2010, p. 4).

Apesar da sua severidade e consequências económicas e sociais, o impacto da atual crise económica na saúde da população portuguesa não tem ainda estudos consolidados, não sendo tal facto de estranhar atendendo a que os impactos das políticas de saúde apenas tendem a apresentar resultados a médio e a longo prazo.

Sem prejuízo dessa realidade, a análise do impacto do MdE¹ em Portugal no setor hospitalar público é relevante, já que é esta a vertente com maiores custos no SNS, nomeadamente com o intuito de verificar eventuais alterações que causem constrangimentos ao acesso aos cuidados de saúde hospitalares e, ainda, se o “Estado regulador”, através da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), é tido como um ator válido e interveniente pelo “Estado prestador”.

Por outro lado, será igualmente relevante apreender a perceção dos atores do setor hospitalar do SNS, da relevância da atuação da ERS enquanto organismo independente regulador do setor da saúde em Portugal, na conjuntura de aplicação do MdE.

¹ Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality ou Memorando de Entendimento sobre as Condicionantes de Política Económica.

O agravamento da crise, com as restrições orçamentais e contenção nos gastos, pode ter consequências na qualidade e acessibilidade dos cuidados de saúde, com a prática de “racionamento implícito”, o qual é, segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012, p. 74): “aquele que não decorre de instruções ou de decisões explícitas para limitar a prestação de cuidados de saúde necessários, mas que resulta de comportamentos restritivos, como consequência de um clima de intensa contenção de gastos, por parte de decisores pressionados para limitar despesas e avaliados em função disso”.

Num quadro de contenção orçamental, as alterações introduzidas em 2010 e 2011, nomeadamente na política do medicamento e no transporte não urgente de doentes, podem conduzir à incapacidade de determinados utentes adquirirem medicamentos ou acederem às consultas ou tratamentos de que necessitam, pondo em causa o princípio da equidade e provocando a descontinuidade de tratamentos por parte de doentes, podendo ainda gerar a médio prazo custos acrescidos para o SNS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011, p. 70).

A contenção orçamental verificada nos hospitais EPE em 2012 indicia que ao invés de se procurar aumentar a eficiência, fazendo o mesmo com menos, se procura fazer efetivamente “menos” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012, p. 95).

O presente trabalho aborda o impacto do MdE, celebrado entre Portugal e a Troika², no exercício das atividades hospitalar e de regulação no setor da saúde em Portugal, atendendo às contingências impostas pelo Memorando, através da realização de um estudo de caso no Hospital Distrital de Santarém, EPE, instituição pública integrada no SNS. Não se visa a análise ou estudo da atividade dos reguladores, mas pretende-se antes de mais verificar como é observada a sua atividade pelos organismos públicos regulados durante a aplicação do MdE.

² Designação dada ao Fundo Monetário Internacional, Mecanismo Europeu de Estabilização Financeira e Fundo Europeu de Estabilidade Financeira, que celebraram com Portugal o Programa de Assistência Financeira onde se inclui o MdE.

1.2 – Objetivos

A celebração do acordo entre Portugal e a Troika, que aprovou o Programa de Assistência Financeira da União Europeia/FMI a Portugal entre 2011 e 2014, contempla a introdução de alterações estruturais na economia nacional, com impactos diretos em diversos setores do Estado e da sociedade portuguesa, nomeadamente no setor da saúde e na sua regulação.

A redução dos custos com a saúde na despesa pública, como resultado da aplicação do MdE, tem implicações na prestação de cuidados de saúde por parte do Estado, já que se encontra previsto nesse mesmo Memorando a reorganização de serviços e a redução de capacidade instalada nos hospitais do SNS, com eventuais impactos ao nível da qualidade e da acessibilidade a esses mesmos serviços.

Desde o início da aplicação do MdE, há indícios que apontam para um aumento dos doentes que, por incapacidade económica, são incapazes de adquirirem a totalidade dos medicamentos que lhes são prescritos ou que recusam baixa médica, necessária à sua convalescença, por receio de despedimento ou perda de rendimento, verificando-se simultaneamente um aumento do volume de trabalho dos profissionais de saúde nos serviços públicos, em resultado da redução ou não substituição de pessoal (Observatório Português do Sistema de Saúde, 2013, p. 82).

Sendo a saúde um setor fundamental na proteção social em tempos de crise, configura-se como uma área muito sensível à degradação económica ou social da população, já que presta um serviço essencial na assistência e proteção dos cidadãos para o qual não há alternativa, sendo facilmente afetado por decisões casuísticas e não devidamente avaliadas, de carácter político ou económico (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012, p. 3).

Dada a sua importância, a saúde é um setor alvo de grande controlo e acompanhamento, sendo a sua regulação, em Portugal, assegurada por diversas entidades de natureza e objetivos distintos entre si, salientando-se desde já a Autoridade da Concorrência (AC), com uma génese supranacional resultante da integração na União Europeia (UE); a Entidade Reguladora da Saúde, organismo regulador setorial independente; o Infarmed,

organismo governamental não independente com competências de regulação específicas na área do medicamento e dispositivos médicos.

O setor da saúde, como já referido, é pela sua natureza e importância altamente regulamentado, no entanto é de referir desde já que o conceito de regulação não equivale ao de criação de normativos legais (Nunes, 2009, p. 102).

Trata-se de um setor regulado em que coexiste a autorregulação, protagonizada por associações profissionais dotadas de estatuto jurídico público, designadas por ordens profissionais, como é o caso da Ordem dos Médicos, exercendo legalmente poderes típicos de organismos públicos (Moreira, 1997, p. 88).

Segundo Moreira (1997, p. 102): “a organização profissional dotada de poderes públicos de auto-regulação funciona simultaneamente como um organismo de defesa dos interesses profissionais colectivos perante o Estado (e perante terceiros) e como instância reguladora à luz do interesse público, tendo de regular e disciplinar os seus membros no sentido da observância da regulação”.

Em Portugal e de acordo com o Decreto-lei nº 124/2011, de 29 de dezembro, que aprovou a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, é este o departamento governamental responsável pela definição e condução da política nacional de saúde, exercendo relativamente ao SNS “funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção”.

Dada a existência de um mercado da saúde, em que atuam prestadores privados, sociais e públicos, em que os recursos financeiros são escassos e se procuram ganhos de eficiência que rentabilizem os elevados investimentos que o setor exige, é essencial garantir a proteção dos direitos dos cidadãos e consumidores, o cumprimento dos princípios éticos subjacentes à atividade clínica, a equidade no acesso aos cuidados de saúde, o direito à informação e consentimento informado, bem como o cumprimento de critérios objetivos de qualidade (Nunes, 2009, p. 23) .

Não é assim considerada suficiente a regulação existente das profissões da saúde, até porque a função, por excelência, das ordens ou associações profissionais é a defesa da profissão, regulando o acesso e o exercício da mesma, garantindo que apenas quem

detém os requisitos e seja membro dessa associação ou ordem exerça a profissão efetivamente (Moreira, 1997, p. 266).

Por outro lado, as mudanças que se têm verificado no SNS na última década, com a introdução de uma lógica de mercado e empresarialização de hospitais públicos, tiveram que ser acompanhadas por um aumento da regulação do setor da saúde, inserindo-se a criação da ERS em 2003 nessa lógica e no pressuposto dessas mudanças. Esta resulta de uma quase imposição do Presidente da República, para a continuação das reformas então em curso no setor (Marques, 2005, p. 261).

O Presidente da República não tem poderes legislativos nem governativos, carecendo a criação da ERS ou outra entidade reguladora de ato legislativo da competência da Assembleia da República ou do Governo. No entanto, verificaram-se intervenções do Presidente da República em 2004 e que foram citadas na comunicação social, sobre a necessidade da ERS iniciar as suas funções, por este entender que "o desenvolvimento do sistema de saúde português nos últimos dois anos, com novas formulações das redes de cuidados primários e hospitalares, não deverá pôr em causa o direito à proteção da saúde dos portugueses. O mesmo é dizer que a decisão de dotar o sistema de saúde com uma Entidade Reguladora não se pode limitar à sua criação legal" (Jornal de Notícias, 2004).

Segundo Nunes (2009, p. 95) verificou-se assim no sistema de saúde português e na administração pública, uma alteração profunda do modelo organizacional, que exigiu a criação de um novo ciclo de regulação na saúde. Foi, segundo este autor (Nunes, 2009, p. 101): “necessário acautelar as disfunções potenciais da Nova gestão Pública” no setor da saúde.

A Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-lei nº 124/2011, de 29 de dezembro, na alínea c) do seu art. 2.º, define expressamente as competências deste ministério relativamente às atividades de prestação de cuidados de saúde pelo setor privado: “Exercer funções de regulamentação, inspeção e fiscalização relativamente às atividades e prestações de saúde desenvolvidas pelo setor privado, integrados ou não no sistema de saúde, incluindo os profissionais nele envolvidos”.

É de salientar que no Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, não é feita referência a regulação, mas sim a funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção em relação a instituições do SNS e, relativamente ao setor privado, é feita menção a funções de regulamentação, inspeção e fiscalização.

Um dos organismos integrado na orgânica do Ministério da Saúde (MS) é o Infarmed, que de acordo com o Decreto-Lei n.º 46/2012, de 24 de fevereiro, tem funções de regulação e supervisão, mas não dispõe de independência. Por esse motivo, focalizamos o nosso estudo na Entidade Reguladora da Saúde enquanto organismo de regulação independente, procurando descortinar se a atuação desta enquanto “Estado regulador” é relevante junto do “Estado prestador”.

A ERS tem sob a sua regulação todos os estabelecimentos que prestam cuidados de saúde, sejam do setor público ou privado, independentemente da sua natureza jurídica, com exceção dos estabelecimentos sujeitos à regulação do Infarmed (como é o caso das farmácias e laboratórios farmacêuticos). Compete-lhe desenvolver uma estratégia de supervisão centrada na defesa e interesses dos utentes, prestar informação aos utentes e reforçar a capacidades destes para realizarem escolhas informadas relativamente aos cuidados de saúde, dando aos cidadãos instrumentos de defesa dos seus direitos (Entidade Reguladora da Saúde, 2010, p. 4).

1.3 – Questão principal de investigação e questões complementares

Pretendendo-se aferir a existência de impactos do MdE nos hospitais públicos e a relevância da atuação da ERS enquanto organismo independente regulador do setor da saúde em Portugal, na conjuntura de aplicação do MdE, definimos a nossa questão de partida principal:

1. As alterações impostas pelo MdE, até à sua sexta revisão, causam ou não constrangimentos na acessibilidade a cuidados de saúde em hospitais públicos e ao funcionamento destes?

Desta questão principal resultam as seguintes questões complementares:

1.1 O regulador do setor da Saúde é tido como um interveniente relevante no setor hospitalar público, na atual conjuntura de aplicação do MdE?

1.2 A atuação do regulador do setor da Saúde é tida como importante para obviar aos constrangimentos provocados pelo MdE?

1.4 – Hipóteses contrastantes

A maioria do parque hospitalar português é propriedade, explorado ou financiado pelo Estado, encontrando-se aquele sujeito aos constrangimentos financeiros que atingem todos os serviços públicos. Nessa medida, relativamente aos anos 2011 e 2012 consideramos as seguintes hipóteses de estudo atendendo à nossa questão de partida:

Hipótese 1:

As alterações provocadas pelo MdE ao nível do financiamento dos hospitais levaram a ajustamentos do lado da oferta de cuidados de saúde hospitalares públicos.

Sub-hipótese 1a)

Face ao MdE verificou-se redução da produção e de recursos humanos.

Sub hipótese 1b):

As medidas incluídas no MdE provocaram alterações ao funcionamento interno e das rotinas das instituições hospitalares (manutenção de equipamentos; contratação de efetivos, fornecimentos aos serviços, fornecimento de medicamentos em ambulatório, aquisições, etc.).

Sub-hipótese 1c)

A aplicação das medidas do MdE levaram à implementação de uma nova organização da estrutura hospitalar.

Hipótese 2:

A ERS tem tido, ao longo da aplicação das medidas do MdE, um papel ativo e dinâmico junto das instituições de saúde.

1.5 – Contexto

No mercado de saúde raramente o consumidor tem um verdadeiro poder de escolha, já que é o médico que determina e condiciona as escolhas e opções do consumidor, sendo um setor cujas particularidades concorrem para a existência frequente de falhas de mercado, as quais exigem a intervenção do Estado para assegurar os direitos legítimos dos cidadãos a cuidados de saúde de qualidade (Nunes, 2009, p. 123).

É também relevante ter presente que entre médico e doente há uma relação de agente imperfeita, na qual o médico decide com base em informação prestada pelo doente e com base em meios complementares de diagnóstico e terapêutica a que este aceite submeter-se, cabendo ao doente sem conhecimentos clínicos, sujeitar-se ou não aos tratamentos prescritos. Esta relação complexa evidencia as particularidades do mercado da saúde, entre as quais a indução da procura pela oferta, como consequência da existência de uma relação de agência imperfeita, promovendo um consumo desnecessário de cuidados de saúde, em parte resultante do sistema de informação assimétrico (Nunes, 2009, p. 128).

A regulação tende a ser encarada como uma forma de combater as imperfeições ou falhas de mercado, as quais justificam uma intervenção pública de baixo custo no mercado, com o objetivo de o tornar mais eficiente e corrigir essas mesmas falhas (Posner, 1974, p. 336).

Por outro lado, o Estado assume cada vez mais um papel interventivo na sociedade, não só ao nível mais tradicional, através, por exemplo, da definição da carga fiscal ou da natureza e volume dos apoios sociais, mas também em aspetos tradicionalmente associados às liberdades individuais em nome da defesa da sociedade, de que a restrição sobre a utilização do tabaco é um exemplo (Rodrigues, 2010, p. 228).

A intervenção do Estado na sociedade assume variadas formas, nomeadamente através da regulação da economia e dos seus agentes, sendo a primeira uma hétérorregulação, já que é exercida por organismos de natureza pública sobre os agentes económicos, mas a regulação também pode assumir a forma de autorregulação, quando os regulados são também reguladores, como no caso em que uma organização profissional elabora um código deontológico ou de conduta (Moreira, 1997, p. 52).

A regulação, vista enquanto mecanismo de correção de falhas de mercado, configura-se como um mecanismo que permite proteger o elemento mais frágil desta relação, assumindo-se como instrumento de promoção de boas práticas e de critérios estruturantes de cariz ético e social, numa perspetiva social (Nunes, 2009, p. 164).

A regulação implica por parte do Estado o condicionamento da atividade dos agentes económicos, tendo à partida e como consequência provável que a uma maior redução da intervenção do Estado, enquanto produtor e prestador de serviços, corresponderá um aumento da atividade regulatória (Moreira, 1997, p. 37).

No entanto há que acautelar os próprios impactos da intervenção do Estado na economia através da regulação, já que decisões que envolvam a redistribuição substancial de recursos de um grupo social para outro, não devem ser legitimamente tomadas por peritos independentes como à partida são os reguladores económicos, mas sim pelos representantes eleitos ou por quem estes legitimamente nomeiem (Majone, 1997, p. 29).

No caso da saúde em Portugal, considera Nunes (2009, p. 25) que a regulação se tornou um: “instrumento essencial não apenas para garantir a concorrência saudável entre os diversos operadores mas, sobretudo, para salvaguardar o direito inalienável de todos os cidadãos a um sistema de saúde justo”, sendo portanto a saúde um setor com particularidades evidentes enquanto atividade económica de relevo social.

É de referir que o conceito de “concorrência saudável” apresentado por Nunes (2009, p. 25) não tem suporte no Tratado da União Europeia nem no Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia.

Neste último Tratado (Gorjão-Henriques, 2011, p. 119), encontramos o conceito de “concorrência não falseada”:

“Artigo 101º

São incompatíveis com o mercado interno e proibidos todos os acordos entre empresas, todas as decisões de associação de empresas e todas as práticas concertadas que sejam susceptíveis de afectar o comércio entre os Estados membros e que tenham por objetivo ou efeito impedir, restringir ou falsear a concorrência no mercado interno (...).”

Será objetivo da regulação na saúde a procura de equilíbrio entre eficiência e equidade no acesso a cuidados de qualidade (Nunes, 2009, p. 163).

Equilíbrio esse que poderá estar em causa como consequência da crise que Portugal atravessa desde 2011 e cujos impactos se fazem sentir a vários níveis na sociedade portuguesa, nomeadamente nos serviços públicos. De facto, a conjuntura económica e financeira do país em 2011, conduziu ao estabelecimento de um plano de apoio financeiro acordado com organizações internacionais e que terá implicações estruturais na economia nacional, nomeadamente alterações substanciais na regulação de vários setores da economia, incluindo a saúde.

Pressionado pela crise, o paradigma de Estado Providência foi sofrendo alterações mediante a assunção de um paradigma de Estado Regulador (Rodrigues, 2010, p. 231).

As alterações na estrutura do Estado efetuadas nos últimos anos, de que as alterações nas leis orgânicas dos vários ministérios e organismos públicos efetuadas pelo XIX Governo Constitucional são exemplo, constituem um elemento indiciador de mudanças significativas no papel do Estado, quer do ponto de vista ideológico quer para incremento da competitividade da economia e da concorrência nacionais.

Por outro lado, os serviços públicos que prestam cuidados de saúde sentem diretamente o impacto das restrições económicas e financeiras, sendo igualmente alvo da atuação do regulador do setor. Desta forma, considera-se pertinente analisar no setor da saúde, altamente pressionado pela crise financeira e económica que o país atravessa, como atua o Estado prestador de cuidados através do SNS e o Estado regulador, responsável por garantir o funcionamento do mercado de saúde e os direitos dos consumidores.

2 – Enquadramento na Ciência da Administração Pública

Um grupo humano, definido em termos de fins que visa prosseguir, pode qualificar-se como “organização”. “Administrar” será uma atividade humana que se materializa na combinação de meios humanos, materiais, financeiros em sede de uma organização, que consiste em prosseguir objetivos determinados. Nesses termos, segundo Caupers (1998, p. 30): “administrar é uma ação humana que consiste exactamente em prosseguir certos objectivos através do funcionamento da organização”.

“Administrar” e “gerir” são genericamente considerados sinónimos, tendo como significado a atividade de alocar recursos a um processo de transformação para obtenção de um bem ou serviço, em contexto organizacional (Bilhim, 2008, p. 29).

Diz-nos Amaral (1992, p. 29) que quando se fala em administração pública, considera-se o conjunto de necessidades coletivas que são satisfeitas por serviços organizados e mantidos pela comunidade.

A Ciência da Administração nasce no séc. XIX, inserindo-se no contexto das ciências sociais, estando diretamente relacionada com a sociologia, psicologia, ciência política e o Direito, tendo como objeto de estudo a administração pública (Bilhim, 2008, p. 17). Segundo o mesmo autor (Bilhim, 2008, p. 32), a Ciência da Administração é o ramo das ciências sociais que versa acerca do estudo científico da administração pública enquanto atividade destinada à satisfação das necessidades coletivas, na dependência do poder político.

Para Amaral (1992, p. 41) administração privada e administração pública distinguem-se pelo objeto sobre o qual incidem, pelo fim que prosseguem e pelos meios a que recorrem.

Considera o mesmo autor que a administração pública prossegue exclusivamente interesses públicos, trata de necessidades coletivas assumidas como responsabilidade da comunidade e, para prosseguir os seus objetivos, pode recorrer a meios coercivos e impor a sua vontade. Já a administração privada prossegue interesses particulares, trata de necessidades individuais ou de um grupo que não abarca toda a coletividade e atua em termos de igualdade entre particulares (Amaral, 1992, p. 41).

Entende Rocha (2011, p. 20) que o fator de distinção entre gestão privada e gestão pública é o desempenho, já que as organizações privadas avaliam e são avaliadas pelos

lucros, cotação em bolsa e outros indicadores do mercado, ao contrário das organizações públicas. Já nestes últimos a designação dos seus dirigentes resulta de intervenção política e a prestação de contas é feita a um conjunto alargado de interessados, desde cidadãos a órgãos de controlo político.

No entanto não há acordo entre autores, relativamente à abordagem aplicável ao estudo da administração pública, havendo uma abordagem mais jurídica, no caso da Europa Continental, e uma abordagem mais científica no caso dos Estados Unidos da América (Silvestre, 2010, p. 21).

Segundo Sousa & Matos (2010, p. 33) o funcionamento do Estado envolve um fluxo contínuo de atividades, as quais correspondem ao exercício de cada uma das funções do Estado, distinguindo as atividades constituinte, legislativa, política e jurisdicional e administrativa. Para estes autores (2010, p. 33): “o exercício das funções do Estado não se esgota na prática, pelos órgãos encarregados de as prosseguir (...). As actividades em que se traduz o exercício de cada uma das funções do Estado são todas diferenciadas entre si (...).”

Silvestre (2010, p. 11) diz-nos que a: “dimensão sócio-económica do serviço público é determinante para o delinear dos pressupostos teóricos da intervenção do Estado na economia”. Entende este autor que a busca da eficiência, enquanto dimensão económica, e da equidade, enquanto dimensão social, são essenciais para a análise do conceito de serviço público.

A ciência da administração, a partir dos anos sessenta do séc. XX, apresenta três conceções que, segundo Bilhim (2008, p. 41) são:

- 1 Conceção jurídica, definida por uma matriz de busca do conhecimento da forma de funcionamento da administração pública, tendo por base o estudo documental. A administração pública é vista como titular de um estatuto específico e sujeita a um regime jurídico próprio.

No entanto, nesta conceção a ciência da administração é vista como um prolongamento da ciência jurídica, sendo a lei o objeto de estudo (Silvestre, 2010, p. 13).

- 2 Conceção gestonária, apostada na investigação e aplicação de técnicas de gestão tidas por eficazes, sem delimitação de fronteiras entre setores público e privado. Nesta conceção, a ciência da administração funde-se com a gestão enquanto técnicas, normas e preceitos destinados a permitir às organizações atingir os seus objetivos, mesmo reconhecendo-se particularidades ao seu funcionamento.
- 3 Conceção sociológica, em que a administração pública é alvo de estudo com base em técnicas utilizadas em sociologia, tais como o inquérito. Teve como principal objeto o estudo e análise do poder burocrático e tecnocrático e o funcionamento do sistema político administrativo.

Como nos diz Silvestre (2010, p. 14), para muitos autores o estudo da administração pública integra o processo da governação, relacionando-a com a ciência política. Para outros, os campos de investigação integram a política e administração, o serviço público, a lei e técnica administrativas.

A evolução dos modelos e da ciência da administração pública levou à criação de diversas correntes e teorias. Segundo Rocha (2011, p. 30), o Modelo Clássico é denominado por “administração científica”, identificando-se este modelo pelo controlo político da administração com base num modelo hierárquico de burocracia, sendo composta a administração por funcionários, admitidos mediante concursos, que atuam apenas no interesse geral na implementação de políticas públicas, as quais são decididas e formuladas por políticos.

Ainda segundo este autor: “os fundamentos teóricos desta teoria administrativa devem-se a Wilson com a dicotomia entre política e administração; o modelo burocrático está associado a Max Weber; e a organização do trabalho é herdeira da concepção científica de Frederick Taylor” (Rocha, 2011, p. 30).

Estes autores e as teorias e modelos que desenvolveram tiveram um forte impacto no estudo e desenvolvimento das organizações públicas e privadas. Por outro lado, a crescente complexidade e o aumento das funções do Estado projetam e dinamizam a ciência da administração, cujo estudo é desenvolvido por vários autores tais como Waldo ou Willoughby (Silvestre, 2010, p. 19).

O modelo de administração científica é alvo de críticas várias que apontam para as suas disfuncionalidades, nomeadamente ao conservadorismo e incapacidade das burocracias se adaptarem. Com o aumento das funções do Estado, com o “New Deal” norte-americano na década de 30 do século XX e o crescimento do “Estado Social” após a Segunda Guerra Mundial, desenvolve-se um novo tipo de administração, designada “administração profissional”, na qual autores como Dows procuram explicar o crescimento do Estado no facto dos políticos prosseguirem políticas que lhes permitam ganhar eleições, aumentando o peso do Estado na criação de emprego e intervenção na economia (Rocha, 2011, p. 38).

O modelo profissional define-se pela hierarquia rígida, onde predomina a formalização de funções e processos de trabalho. As hierarquias não se confundem com quem ocupa os cargos, o setor público funciona e age de acordo com as regras definidas, há a ênfase nos resultados em prejuízo dos meios alocados ou do modo de produção do bem ou serviço (Silvestre, 2010, p. 69). Diz-nos este autor (2010, p. 69) que o modelo profissional durou até finais do séc. XX, sendo substituído pelo modelo gestor ou “managerial”.

Este modelo surge com o “new public management” ou “nova gestão pública”, resultante das opções políticas do governo inglês nos anos 80 do séc. XX. Defende a profissionalização das estruturas da administração pública, a avaliação de desempenho dos organismos públicos, a introdução de competição no setor público, a utilização de técnicas e práticas da gestão empresarial privada e coloca a ênfase nos resultados (Rocha, 2011, p. 54).

Em muitos aspetos, o “new public management” traz para a administração pública conceitos e técnicas utilizadas no setor privado. No entanto, a gestão pública encontra-se limitada pelo poder político, pela legislação, regulamentos, princípios (constitucionais) e procedimentos formais, ao contrário da gestão privada, menos constrangida por limitações legais ou constitucionais ou de conjuntura política (Bilhim, 2008, p. 47).

O “new public management” iniciou-se com a reforma da administração pública no Reino Unido, após eleição do Governo de Margaret Thatcher em 1979, que defendia a redução da intervenção do Estado na economia (Silvestre, 2010, p. 94).

Tal como anteriormente tinham sido identificadas várias tipologias de falhas de mercado, nos anos 70 do século XX surge a noção de falha de governo, com vários autores a identificar diversos tipos de falhas no setor público (Majone, 1997, p. 4).

O “new public management” é a designação dada às doutrinas que emergiram e dominaram as reformas burocráticas em vários países da OCDE, desde os finais dos anos 70 do séc. XX, e que estão ligadas à tentativa de inverter ou reduzir o crescimento da máquina do Estado; de privatizar e concessionar serviços públicos ou providos por entidades públicas; criar automatismos na produção e fornecimento de serviços, em especial através das tecnologias de informação; desenvolver uma agenda de internacionalização e cooperação intergovernamental centrada nas matérias gerais da administração pública e conceção de políticas (Hood, 1991, p. 3).

A privatização constitui a transferência parcial ou total da propriedade de bens ou direitos para entidades privadas, podendo assumir outras figuras, como a da concessão da gestão de empresas ou serviços públicos, contratação de serviços a entidades privadas ou parceria pública privada (Bilhim, 2008, p. 70).

O “new public management” acarretou consigo um movimento de privatizações, já que a administração pública enquanto produtora de bens e serviços era vista, do ponto de vista ideológico político e económico, como sendo intrinsecamente ineficiente, pelo que a privatização de serviços permitiria aumentar a eficácia das políticas públicas, reduzindo o défice público, aumentando os recursos financeiros do Estado através da venda de empresas e serviços públicos, reduzindo ainda a força dos sindicatos (Rocha, 2011, p. 69).

As falhas de regulação do mercado em situações de propriedade pública, justificaram a mudança para um modelo no qual o controlo de setores considerados de interesse público, foram sendo atribuídos à gestão de privados, embora sujeitos a regras e controlo por parte de agências e autoridades administrativas independentes do controlo da hierarquia governamental (Majone, 1997, p. 7).

Em Portugal, é a partir de 1986, com a adesão às então Comunidades Económicas Europeias, que a reforma da administração pública entra na agenda política, iniciando-se a introdução de métodos e técnicas utilizados no setor privado na administração

pública (Silvestre, 2010, p. 111). No entanto e segundo Silvestre (2010, p. 101), apenas em 2005 se verifica um grande enfoque na reforma do setor público em Portugal, com o desenvolvimento de programas de simplificação administrativa e melhoria do serviço prestado ao cidadão.

A revisão constitucional de 1989 retirou da Constituição da República Portuguesa (CRP) os limites à reprivatização de empresas nacionalizadas, tendo sido aprovada em 1990 uma lei-quadro das privatizações, que possibilitou a aplicação de um plano de privatizações que reduziu significativamente o setor público produtivo (Bilhim, 2008, p. 69).

O processo de privatização e desintervenção do Estado na economia, com a entrega ao setor privado da produção de diversos bens e serviços públicos e a assunção da concorrência como melhor forma de os obter, promoveu o crescimento da regulação, por um lado para defender a concorrência e evitar a criação de monopólios e, por outro, como forma de separação entre fornecedor e pagador dos serviços públicos (Rocha, 2011, p. 71).

É de realçar que a “concorrência está presente desde o início do processo da construção europeia, como um elemento ontológico e instrumental desse mesmo processo” (Rodrigues, 2008, p. 338).

Constata-se uma aproximação nas práticas regulatórias entre os Estados membros da União Europeia, já que aos Estados membros foi imposto o desenvolvimento das suas capacidades de regulação, para fazerem face às normas e imposições da União Europeia (Majone, 1997, p. 9).

A regulação, para ser eficaz, carece da existência de independência e capacidade dos tribunais, da adequabilidade e solidez dos normativos legais e do funcionamento adequado e eficiente da administração (Marques, 2005, p. 72).

3 – Metodologia

Segundo Silvestre & Araújo (2012, p. 39): “consoante o problema que se estude assim se determina o tipo de pesquisa e os processos que lhe estão associados”. A pesquisa visa encontrar respostas para problemas através do recurso a métodos científicos, pelo que a metodologia a utilizar visa encontrar respostas credíveis aos problemas que nos propusemos estudar.

Diz-nos Yin (2009, p. 24) que: “Diferentes métodos de pesquisa nas ciências sociais preenchem diferentes necessidades e situações para a investigação de tópicos de ciência social”.

O objetivo da pesquisa é obter resposta para problemas através da utilização de métodos científicos. Segundo Gil (2008, p. 26): “Pode-se definir pesquisa como o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico”.

O enquadramento teórico do presente tema será realizado mediante estudo da literatura científica, análise da legislação do setor, do Tratado da União Europeia e do Tratado de Funcionamento da União Europeia e relatórios de organismos nacionais e internacionais relativos ao setor da saúde e ao impacto da crise no mesmo.

Numa primeira fase realizou-se uma seleção e análise bibliográficas, com recurso a sítios da internet, nomeadamente do Ministério da Saúde, jornais, revistas especializadas, monografias e publicações, de cuja análise se retiraram elementos relevantes para a abordagem do tema que nos propusemos analisar, incidindo igualmente na análise do MdE, no qual se procurou verificar as alterações introduzidas e as medidas implementadas na área da Saúde, desde a sua versão inicial até à sua 6ª revisão, ou seja, até 31 de dezembro de 2012.

O estudo que nos propusemos realizar é essencialmente exploratório, designadamente por procurar identificar o papel da regulação em resultado da aplicação do MdE e o resultado deste na atividade hospitalar do SNS, numa fase em que o MdE se encontra ainda em execução.

O processo de investigação em ciências sociais é difícil e nem sempre linear, sendo necessário prosseguir dentro de um processo criativo, adequando-se este a cada tema e a cada investigador, sem prejuízo de existirem fases do processo que devem ser sistematicamente percorridas (Silvestre & Araújo, 2012, p. 37).

É necessário ter em atenção o objetivo da pesquisa na escolha do método a utilizar, sem prejuízo de cada método de pesquisa poder ser usado e ter uma finalidade exploratória, descritiva ou explanatória (Yin, 2009, p. 27).

A pesquisa exploratória tem como objetivo desenvolver e esclarecer ideias e conceitos, com o objetivo de formular problemas mais precisos ou hipóteses para estudos posteriores, constituindo muitas vezes a primeira etapa de estudos mais profundos; já a pesquisa descritiva tem como objetivo o estudo de características de uma população, fenómeno ou a relação entre variáveis; por seu lado, as pesquisas explicativas têm como objetivo a identificação dos fatores que concorrem ou contribuem para a ocorrência dos fenómenos (Gil, 2008, p. 28).

A utilização do método quantitativo visa a recolha de dados e a sua análise para obter respostas para as questões de pesquisa e testar as hipóteses estabelecidas previamente, sendo os dados recolhidos sob a forma de número. O método qualitativo, por outro lado, visa descobrir normalmente por descrições e observações não numéricas, sendo os dados recolhidos sob a forma de texto, surgindo aqui as questões e hipóteses como parte do processo de pesquisa, que é flexível (Silvestre & Araújo, 2012, p. 39).

Yin afirma (2009, p. 39): “O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo em profundidade e no seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes”. Considera o mesmo autor que o estudo de caso é um método utilizado nas mais variadas situações, contribuindo para o conhecimento de fenómenos individuais, de grupo, organizacionais, políticos, sociais e mesmo económicos, em que se pretende compreender fenómenos sociais complexos (Yin, 2009, p. 24).

No vertente trabalho, a análise qualitativa mediante estudo de caso afigura-se como a mais adequada à natureza e objetivos propostos, já que se trata de fenómeno complexo e ainda em evolução, junto de uma população restrita – hospitais públicos – e da aplicação da execução de políticas públicas que visam a redução de custos na atividade destes, pelo que um estudo de caso – estudo qualitativo – afigura-se mais apropriado.

Como nos dizem Silvestre e Araújo (2012, p. 111), o estudo de caso traduz-se na observação de um único caso, através da análise aprofundada de um facto ou acontecimento.

No estudo de caso não é aconselhável a utilização da generalização estatística como método de generalização dos resultados, já que estes casos não são unidades de amostragem, devendo ser usada a generalização analítica em que uma teoria previamente desenvolvida é usada como padrão, com o qual são comparados os resultados empíricos do estudo de caso (Yin, 2009, p. 61).

Uma abordagem qualitativa recorre a técnicas que permitem uma perspetiva mais ampla de uma realidade mais restrita, do que o recurso a técnicas quantitativas. Segundo Silvestre & Araújo (2012, p. 172): “Não usando um universo tão vasto como o usado pelas abordagens quantitativas (...) pretende absorver, ao máximo, os valores, crenças e processos do facto social em análise, de maneira a dotar o investigador da visão do mundo através da perspetiva dos atores que visa estudar”.

Há vantagens e desvantagens na opção entre projetos de casos múltiplos ou projetos de caso único. No caso dos primeiros as evidências são consideradas mais robustas, no entanto pode exigir tempo e recursos difíceis de disponibilizar, enquanto o caso único, por outro lado, aplica-se melhor a situações incomuns ou raras (Yin, 2009, p. 77).

Nas investigações qualitativas, a teoria é construída passo a passo, de acordo com os dados recolhidos através de entrevistas e observações diretas (Silvestre & Araújo, 2012, p. 76).

Segundo Yin (2009, p. 32) o estudo de caso é vantajoso na análise de eventos atuais, quando os comportamentos não podem ser manipulados, recorrendo à observação direta de eventos. Ainda segundo o mesmo autor, o estudo de caso é um método de pesquisa usado em muitas situações, contribuindo para conhecimento de fenómenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e até económicos, já que concorre para o conhecimento de fenómenos sociais complexos, permitindo aos investigadores apreenderem as “caraterísticas holísticas e significativas da vida real” (Yin, 2009, p. 24).

O sistema de saúde evolui com o tempo e com a sociedade, no entanto essa evolução assume particular relevo quando resulta ou é influenciada pela crise, pelo que, para análise da problemática, entendemos limitar o estudo a um período de tempo correspondente aos anos de 2011 e 2012, período no qual encontramos a aplicação do MdE desde a sua primeira versão até à sua 6.^a revisão.

No vertente estudo, recorreu-se à entrevista como método de recolha de dados, já que o objetivo do estudo não foi a quantificação de informação mas sim a recolha de dados que, depois de analisados, permitissem apresentar uma resposta à pergunta de partida. O recurso a entrevistas permitiu a obtenção ativa de testemunhos atuais circunstanciados, de experiências pessoais vivenciadas sobre a temática em análise, permitindo a recolha de dados para o objeto de estudo.

O estudo de caso pode ser visto como um mapa para tratar quatro problemas: quais as questões a tratar; quais os dados relevantes; que dados recolher; como analisar os resultados (Yin, 2009, p. 48).

Na obtenção de dados através de entrevistas recorre-se à análise de conteúdo, que constitui um método empírico através de um conjunto de técnicas de análise das comunicações (Bardin, 2009, p. 32).

Segundo Yin (2009, p. 113): “uma das fontes mais importantes de informação no estudo de caso é a entrevista”.

Para obtenção de dados, a entrevista requer a realização de análise de conteúdo, a qual, segundo Bardin (2009, p. 46): “visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares”.

Por outro lado, considera Gil (2008, p. 110), a utilização recorrente da entrevista como método de recolha de dados nas ciências sociais, deve-se ao facto da entrevista possibilitar a recolha de elementos sobre os mais variados aspetos da vida social, ser uma técnica eficiente para obtenção de dados relativos ao comportamento humano e permitir a quantificação e qualificação dos dados obtidos.

No tratamento de entrevistas com o objetivo de retirar dados, a análise de conteúdo pode passar por um tratamento descritivo, uma análise dos significados (análise temática) e uma análise dos significantes (análise lexical e de procedimentos) (Bardin, 2009, p. 37).

A entrevista pode ser definida, segundo Gil (2008, p. 109): “como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”. De acordo com este autor, é a técnica adequada à obtenção de informação sobre os conhecimentos, crenças, expectativas, sentimentos ou desejos, das pessoas, bem como as suas explicações (2008, p. 109).

Para Bardin (2009, p. 38), a análise de entrevistas mais generalizada é a denominada análise categorial, que utiliza categorias que permitem classificar os elementos de significação que constituem a mensagem. O objetivo desta classificação é deduzir determinados dados, mediante a classificação de acordo com critérios suscetíveis de retirar um sentido nos elementos a analisar³.

Segundo a mesma autora (Bardin, 2009, p. 40): “A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (...), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)”. Aliás, ainda de acordo com Bardin (2009, p. 44), define-se análise de conteúdo como: “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens”⁴.

Recorrendo à entrevista como método de recolha de dados, realizaram-se entrevistas no Hospital Distrital de Santarém (HDS), após contato prévio e obtenção de autorização do respetivo órgão de gestão (anexo I). As entrevistas foram realizadas aos membros do

³ Segundo Bardin, podem ser submetidos a análise documentos naturais (que corresponde a tudo o que é comunicação) e documentos resultantes das necessidades de investigação, como inquéritos ou testes (2009, p. 41).

⁴ Bardin entende inferência como “operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceites como verdadeiras” (2009, p. 41).

respetivo Conselho de Administração e aos seus assessores e gestores de departamentos, num total de 9 entrevistados, identificados no anexo II.

As entrevistas seguiram o guião pré-definido (anexo III), tendo as questões sido estruturadas em quatro categorias:

- MdE e a oferta da Instituição (HDS);
- MdE e a procura de cuidados;
- MdE e as rotinas da instituição;
- Entidade Reguladora da Saúde.

As entrevistas foram gravadas para facilitar o seu tratamento e posteriormente transcritas e analisadas (anexos IV e V respetivamente). Foram realizadas nos dias 15 de julho e 1 de agosto de 2013, após marcação e de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. A cada entrevistado foi atribuída uma letra para efeitos de tratamento e transcrição, de forma a manter o anonimato das respostas obtidas.

As perguntas do guião usado para realização das entrevistas foram agrupadas nas categorias, definindo-se para cada pergunta unidades de registos para efeitos de tratamento das respostas. Recorreu-se à citação das respostas que, para cada entrevistado, permitisse transcrever de forma fidedigna o sentido da sua resposta.

4. – Estado da Arte

O impacto da atual crise económica na saúde da população portuguesa não tem ainda estudos consolidados, já que os impactos das políticas de saúde apenas tendem a apresentar resultados a médio e a longo prazo, como já referido.

Na pesquisa realizada, encontramos principalmente estudos e relatórios de organismos internacionais, cujos elementos relevantes permitem aferir os impactos na saúde das populações de países que sofreram restrições impostas nos sistemas de saúde, ou cuja capacidade económica foi afetada de forma relevante.

A OCDE é um desses organismos, constituindo os seus relatórios anuais sobre a saúde, de título “Health at a Glance”, fontes relevantes para uma análise do impacto, na saúde, da crise económica nos países que integram esta organização. Igualmente relevantes são os indicadores utilizados por este organismo, que permitem uma análise comparativa entre países, nomeadamente ao nível dos gastos em saúde *per capita*, crescimento da despesa com a saúde ou o seu peso no PIB.

Também a World Health Organization⁵ (WHO) tem realizado estudos que permitem a obtenção de elementos relevantes sobre o funcionamento dos sistemas de saúde, sendo de particular interesse o seu relatório sobre Portugal, designado “Portugal health system performance assessment”, onde o sistema português de saúde é analisado e que permite a obtenção de uma imagem da realidade nacional, nomeadamente da capacidade da população aceder a cuidados de saúde.

A União Europeia (UE), através do Eurostat, permite igualmente a obtenção de dados estatísticos relevantes sobre a economia e os sistemas de saúde dos países que a integram, nomeadamente indicadores como rácios de camas hospitalares, equipamentos ou de profissionais de saúde, permitindo uma análise comparativa das várias realidades que coabitam na UE.

A nível nacional, é o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), através dos seus relatórios anuais de 2011, 2012 e 2013, designados por “Relatório de Primavera”, que mais profundamente analisam o sistema nacional de saúde e procuram dissecar os impactos da crise na saúde dos portugueses e no funcionamento do sistema de saúde e, em particular, do SNS.

⁵ Organização Mundial de Saúde

Também o Observatório das Desigualdades procura identificar e avaliar os impactos da crise no sistema de saúde português, analisando e comparando a realidade nacional com os restantes países da UE.

A comunicação social também apresenta elementos relevantes, nomeadamente identificando medidas políticas com impacto no funcionamento do SNS, tais como encerramento de serviços de saúde, redução da atividade ou deterioração do seu funcionamento, com impactos no aumento de tempos ou de listas de espera em vários serviços públicos de saúde.

Relativamente à regulação, trata-se de tema sobejamente estudado e cuja doutrina se encontra consolidada, desde logo por autores como Majone ou Stigler. Trata-se de temática que tem sido alvo de intensa análise e pesquisa ao longo das últimas décadas e que tem particular relevo na realidade da UE e no funcionamento dos mercados.

Vários autores nacionais, dos quais se evidencia Rodrigues, abordam as questões da concorrência e da regulação nos seus estudos, facultando elementos preciosos para a análise e enquadramento desta temática no presente trabalho.

No entanto, apesar de vários estudos sobre a regulação económica, a regulação específica do setor da saúde em Portugal não se encontra particularmente bem estudada. Destaca-se Nunes, cuja obra “Regulação em Saúde” aborda especificamente este tema e a atuação da Entidade Reguladora da Saúde.

Por outro lado, Moreira fornece-nos uma valiosa análise e enquadramento da autorregulação que, num setor como o da saúde, assume um papel relevante desde logo pela existência de várias ordens profissionais, tais como a dos médicos e a dos enfermeiros, que exercem poderes de controlo e fiscalização sobre o exercício profissional.

Marques, por um lado, e Rocha, por outro, facultam-nos uma análise da evolução da regulação, das teorias que a suportam e do seu enquadramento nas políticas públicas de concorrência, relevantes para o enquadramento teórico da presente temática.

5. – A saúde em contexto de crise e a regulação

5.1- O impacto da crise nos cuidados de saúde

O sistema de saúde português, de acordo com a Lei de Bases da Saúde (1990), é constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, mas integra também as entidades privadas e profissionais liberais que celebrem com o SNS contratos para prestação dessas atividades.

O sistema de saúde tem um papel relevante na economia, nomeadamente ao nível do emprego criado e por competirem os gastos em saúde para a estabilização e para a capacidade produtiva da economia (OCDE, 2010, p. 4).

Tem sido verificada uma relação entre crises económicas e consequências ao nível da saúde da população, em particular na saúde mental, em que o desemprego e o aumento da pobreza contribuem para taxas mais elevadas de doença e morte, devido à maior exposição a fatores de risco, como stress, diminuição da coesão social, menor acesso a alimentação adequada e a cuidados de higiene e, ainda, um acesso mais restrito aos cuidados de saúde e medicamentos (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011, p. 49).

Essa realidade não será muito diferente em Portugal, país em que a elevada proporção de gastos privados com a Saúde, condiciona a acessibilidade a cuidados de saúde por parte dos agregados familiares mais carenciados, sendo que 8% dos agregados familiares com os escalões de rendimentos mais baixos reportam que 40% dos seus gastos, excluindo alimentação, são em cuidados de saúde e medicamentos (World Health Organization, 2010, p. 13).

Em Portugal os custos per capita com a saúde em 2011, considerando gastos privados e gastos públicos, foram de 2619 USD⁶, sendo a média da OCDE de 3322 USD. Por outro lado, também nos países da OCDE, entre 2009 e 2011, o crescimento médio anual per capita dos gastos em saúde foi de 0,2%, enquanto em Portugal se verificou nesse mesmo período uma redução de 2,2%, sendo de referir que, no período de 2000 a 2009, os gastos em saúde em Portugal cresceram anualmente em média 1,6%, enquanto a média de crescimento dos países da OCDE foi de 4,1% (OCDE, 2013, p. 155).

⁶ Dólares norte-americanos.

Segundo o Observatório das Desigualdades (2010), em 2010 Portugal apresentava uma despesa total com saúde superior a 10% do PIB. No entanto, a despesa pública com saúde nesse ano correspondia a 6,8% do PIB, sendo o restante suportado pelos cidadãos. Segundo o mesmo Observatório das Desigualdades (2010): “Entre os dezoito países da UE-27 aqui analisados, todos os países que apresentam um valor mais baixo que o de Portugal integram o grupo de países que aderiu à União Europeia depois de 2004, com a exceção da Finlândia.”

Apesar desta realidade, verifica-se que um amplo conjunto de atores socioeconómicos converteu-se, em Portugal e ao longo dos anos, dependente do orçamento da saúde, conseguindo a captura do Estado, já que muitos dos produtos e serviços fornecidos por entidades privadas ou do setor social são úteis para a saúde e representam, frequentemente, atividades complementares muito relevantes ao setor público mas, no entanto, em muitos casos conseguiram com sucesso aumentar essas ofertas para além daquilo que seria necessário e razoável, por incapacidade do Estado em agir de forma informada e exigente com alguns dos seus clientes (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012, p. 40).

Apesar da sua relevância económica, a finalidade do sistema de proteção social não é gerar lucros privados ou públicos, mas sim garantir a consagração dos direitos básicos dos cidadãos, pelo que a introdução de regras de mercado deverá ser vista como um instrumento gerador de competitividade e eficiência, com o objetivo de dar sustentabilidade económica ao sistema (Nunes, 2009, p. 98).

Nessa mesma lógica, entende o Tribunal de Contas (2011, p. 24):

“Os sistemas de saúde públicos, nos quais o Estado se assume como financiador, reservam para este o papel fundamental de influenciar o comportamento das unidades produtoras de cuidados de saúde, públicas ou privadas, através da definição de um sistema de financiamento público que minimize os custos envolvidos sem deixar de garantir o cumprimento dos objetivos delineados para a política de saúde, ou seja, que maximize a eficiência e economia”.

Compreende-se assim que o Estado, pelo peso que assume como principal prestador e financiador de cuidados de saúde em Portugal, condiciona os agentes que atuam no setor da prestação de cuidados.

Dada a importância do Estado no sistema de saúde, quer como financiador quer como prestador, cortes orçamentais e pressão para a redução rápida da despesa podem ter custos sociais elevados e, por outro lado, políticas de curto prazo podem originar reduções no acesso aos cuidados de saúde, menos equidade no fornecimento de serviços, menor capacidade de resposta destes, diminuição da qualidade ou dificuldade no acesso a terapêuticas inovadoras (OCDE, 2010, p. 12).

A comunicação social portuguesa tem periodicamente noticiado reduções na produção dos serviços de saúde públicos, tendo o Jornal de Notícias, por exemplo, noticiado que no primeiro trimestre de 2012 os hospitais públicos realizaram menos 115 mil atendimentos de urgência e os Serviços de Atendimento Permanente dos centros de saúde realizaram menos 240 mil atendimentos (Jornal de Notícias, 2012).

Até junho de 2012, o setor da saúde em Portugal sofreu reduções em todas as rubricas orçamentais, com os hospitais do Setor Empresarial do Estado (EPE) a comportarem uma redução orçamental de 9,2% face ao período homólogo, que foi de 16,8% nos hospitais do Setor Público Administrativo (SPA) e de 8% nas administrações regionais de saúde (ARS), também face ao período homólogo (Observatório Português do Sistema de Saúde, 2013, p. 54).

No entanto, Portugal dispunha já de menores recursos afetos à saúde, atendendo a que em 2010 dispunha de 334,7 camas hospitalares por 100.000 habitantes, sendo a média da UE (a 27 países) de 538,2 camas por 100.000 habitantes, posicionando Portugal como o 4º país com menor disponibilidade de camas hospitalares de toda a UE (Eurostat).

Sendo o SNS um serviço público financiado através de impostos e responsável por uma fatia muito relevante da despesa pública, torna-se obviamente um dos setores onde é tentada uma redução substancial de despesa do Estado, sem prejuízo de constituir um setor fundamental à proteção social em tempos de crise, como enfatiza o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012, p. 3):

“Quem conhece as questões da saúde sabe bem como este setor é particularmente sensível à degradação das condições económicas e sociais de um povo. É sensível por fazer parte da linha da frente na assistência e proteção de todos os cidadãos, é sensível por ser facilmente afetado por decisões cujo impacto não é avaliado em todas as suas consequências (habituais num clima de forte pressão de redução de custos) e é, ainda, sensível por não poder falhar”.

Dos países que integravam o Euro em 2010, apenas a Grécia tinha um nível inferior de gastos públicos em saúde face aos de Portugal e, na UE entre 2000 e 2007, apenas a Alemanha e a Suécia não aumentaram o gasto público nesta área, mas tinham à partida uma percentagem de gasto público de cerca de 80%, o que significa que o modelo de financiamento português é um dos mais regressivos da UE, o que é agravado por mais dois importantes fatores, que são as deduções fiscais para pagamentos diretos de cuidados de saúde com cerca de €500 milhões por ano, e as transferências do Orçamento para a ADSE, que representam 8% da despesa pública de saúde, sendo que este subsistema cobre cerca de 8% da população, correspondente aos funcionários públicos (World Health Organization, 2010, p. 44).

Igualmente relevante são os efeitos da crise na saúde, principalmente na saúde mental, com impactos como os verificados na Grécia, país em que o número de suicídios aumentou substancialmente desde 2007, relação já anteriormente observada na Coreia do Sul durante a crise que este país atravessou na segunda metade da década de 90 do século passado (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012, p. 16).

Em Portugal e de acordo com a OCDE (2012, p. 29), em 2010 verificou-se uma taxa de suicídios de 8,2 por 100.000 habitantes, tendo em 2011 e segundo o mesmo organismo, aumentado para 8,5 por 100.000 habitantes, sendo a média da OCDE de 12,4, estando Portugal substancialmente abaixo da média dos países que integram essa organização, nesse indicador (OCDE, 2013, p. 33).

Também ao nível das doenças transmissíveis e segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012, p. 19), tem sido verificado um aumento na sua incidência associado à crise económica, nomeadamente na Grécia, em resultado da degradação das

condições de vida e pior acesso aos cuidados de saúde. Também tem sido associada uma relação entre a doença mental e o aumento das doenças crónico-degenerativas, em particular em situações de crise económica, com impacto no sistema imunitário e cardiovascular (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012, p. 22).

Em Portugal, a comunicação social tem feito eco de algumas das medidas adotadas para redução de custos, de estudos realizados ou mesmo de consequências da crise financeira no setor da saúde, em resultado da necessidade de redução de custos públicos, tendo o Ministro da Saúde solicitado à ERS um estudo sobre a reorganização de serviços hospitalares, que esta elaborou no primeiro semestre de 2012 e onde são propostas várias alterações, nomeadamente o encerramento de serviços um pouco por todo o país (Arreigoso, 2012).

A redução de custos em saúde é algo que vem sendo tentado há vários anos em Portugal, mas que assumiu particular acuidade e relevo desde 2011, levando a que o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011, p. 70) afirme que: “na realidade, no último ano, o Ministério da Saúde tem estado mais focado na implementação de medidas que permitam uma rápida redução da despesa, de forma a atingir as metas previstas no Orçamento de Estado, do que a tomar novas iniciativas que promovam significativamente o valor em saúde, a equidade e a própria sustentabilidade, a médio ou longo prazo, do SNS”.

Tem igualmente sido tentado o aumento da receita no SNS, nomeadamente através do aumento das taxas moderadas, como previsto no MdE e aplicado pelo Ministério da Saúde, constituindo uma barreira ou moderação ao uso indevido, mas que tem demonstrado ser residual enquanto forma de obtenção de recursos financeiros capazes de sustentar o SNS, podendo a inclusão desse tema nas recomendações do MdE, no capítulo do financiamento e não num capítulo dedicado à gestão do acesso, significar uma confusão com copagamentos, modalidade distinta e não aplicável no SNS (Observatório Português do Sistema de Saúde, 2013, p. 44).

Por outro lado, também segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012, p. 43): “as práticas de “racionamento implícito” sob intensa pressão para contenção dos gastos são uma das maiores ameaças à qualidade dos cuidados de saúde, nas atuais circunstâncias”.

Relativamente ao medicamento, outro vector de custos elevados, várias medidas de sustentabilidade económico-financeira focadas na política do medicamento têm sido implementadas, indiciando ser este o setor onde o governo mais pretende reduzir custos, mediante alterações sensíveis que contribuam para a sustentabilidade do SNS (Observatório Português do Sistema de Saúde, 2013, p. 16).

Com a aplicação de medidas de contenção de custos, segundo Campos (2012), verifica-se o aumento dos atrasos no atendimento dos utentes no SNS entre 2011 e 2012, com o agravamento nos tempos de espera para atos cirúrgicos e consultas, inclusivamente nas situações mais urgentes, indiciando a degradação da capacidade de resposta do SNS.

Verifica-se também, em 2011 e 2012, uma diminuição dos custos dos utentes com medicamentos, possivelmente relacionada com a contínua baixa de preços que tem sido implementada pelo governo, sem descurar no entanto que têm sido verificadas dificuldades de abastecimento às farmácias de venda ao público, dificultando o acesso a medicamentos essenciais (Observatório Português do Sistema de Saúde, 2013, p. 16).

De acordo com o Relatório de Primavera 2013 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013, p. 82) desde o início da aplicação do MdE, há indícios que:

“Alguns doentes não adquirem a totalidade dos medicamentos prescritos, nomeadamente estatinas, anti-hipertensores e anti depressivos;

Existem recusas de baixa médica pelos doentes, quando esta é necessária à sua cura e convalescença, por alguns doentes que referem temer o despedimento e os baixos rendimentos;

Aumento do número de pedidos de reformas e atestados de incapacidade definitiva;

Aumento do volume de trabalho dos profissionais de saúde, por reformas e por baixa dos colegas, sem serem substituídos, o que poderá contribuir para um maior risco de burnout dos que permanecem ativos, com consequências também para os utentes.”

5.2- A regulação

O cumprimento das obrigações éticas da atividade clínica foi, durante séculos, garantida pela deontologia profissional, no entanto, apesar da autorregulação profissional, o mundo ocidental evoluiu no sentido do controlo e proteção da saúde através de entidades reguladoras próprias, sendo de referir que o papel da regulação enfrenta particulares desafios na atual conjuntura de crise (Nunes, 2009, p. 24).

A lógica subjacente à autorregulação profissional é a de satisfazer interesses públicos mediante a prossecução de interesses coletivos particulares, pressupondo que o interesse público pode ser atingido através do interesse próprio do grupo profissional que se autorregula (Moreira, 1997, p. 103).

A autorregulação é desenvolvida pelos regulados mediante mecanismos coletivos, decisões e acordos entre organismos representativos dos regulados, constituindo um método que permite ao Estado desresponsabilizar-se e economizar recursos, mas tem como desvantagens principais potenciar a substituição do interesse público por interesses privados e corporativos e a dificuldade de controlo por parte do Estado (Marques, 2005, p. 19).

Um dos fins, por excelência, prosseguido pelas ordens ou associações profissionais, é o da proteção da profissão mediante a defesa do monopólio profissional, defendendo a exclusividade do exercício profissional por parte dos seus associados ou membros (Moreira, 1997, p. 266).

A própria regulação sofreu alterações ao longo do tempo, nomeadamente com o novo modelo de administração pública que emergiu nos finais dos anos 70 do século XX e que implicou a privatização e concessão de serviços públicos, no qual se observou, segundo Majone (1997, p. 6), uma combinação de desregulação e re-regulação e não um total desmantelamento da regulamentação pública à data existente. Diz-nos ainda este autor (Majone, 1997, p. 4) que também nos anos 70 do século passado surge a noção de falha de governo, com vários autores a identificarem diversos tipos de falhas no setor público, como antes gerações de economistas tinham identificado uma lista sem-fim de falhas de mercado.

Segundo Mateus (2006), numa intervenção na Ordem dos Advogados Portugueses realizada em 2006, intitulada “Sobre os fundamentos do direito e da economia da concorrência”, na economia de mercado as empresas devem ser livres para definirem as suas estratégias, só devendo existir intervenção estatal quando essas estratégias provocarem um impacto negativo sobre o bem-estar dos consumidores.

No entanto, a intervenção do Estado será sempre necessária para garantir o correcto funcionamento dos mercados, na medida em que, como afirma Rodrigues (2010, p. 75): “não existe economia de mercado sem um conjunto de normas públicas que assegurem a sua existência e o seu funcionamento”.

Além de necessária ao correto funcionamento dos mercados, a regulação foi também encarada como uma forma dos intervenientes económicos no setor regulado, controlarem a entrada de novos agentes económicos, ou daqueles influenciarem e beneficiarem de decisões políticas relativas ao setor em que atuam (Stigler, 1971, p. 7).

Diz-nos Rodrigues (2010, p. 100) que o enquadramento teórico das políticas de regulação agrupa-se em modelos como a prevalência do interesse público e teoria económica da regulação, interferência dos grupos de interesse e teoria da captura e dinâmica da escolha pública num mercado político.

A teoria do interesse público fundamenta a regulação como forma de corrigir as falhas de mercado, enquanto as teorias dos grupos de interesse e da captura justificam a regulação como mecanismo do interesse daqueles que poderão obter ganhos com a sua implementação. Já a teoria da escolha pública justifica a regulação como resposta às falhas do Estado, onde o aparelho deste visa alcançar determinados objetivos pessoais (Marques, 2005, p. 55).

Corresponderia a regulação, nessa ótica, à defesa dos seus interesses por parte de grupos económicos, designando-se Teoria da Captura. No entanto e na perspetiva vigente, a regulação é tida como resposta à necessidade de correção das ineficiências e falhas de mercado, de acordo com a Teoria do Interesse Público (Posner, 1974, p. 335).

Segundo Hantke-Domas (2003, p. 166) o conceito de interesse público, tanto na área jurídica como política, existe desde os tempos dos filósofos clássicos como Platão ou Aristóteles, sendo defendido que, quando aplicada a Teoria do Interesse Público à

regulação, esta procura proteger a população em geral, em contraste com a Teoria de Chicago, que defende que a regulação apenas protege os interesses de alguns grupos.

Pode-se entender a regulação como tendo dois objectivos principais, por um lado defender a concorrência e evitar a formação de monopólios e abusos de posição dominante e, por outro lado, garantir a separação entre pagamento e fornecimento de serviços públicos, no âmbito da reforma do Estado e da administração pública (Rocha, 2011, p. 71).

As falhas de regulação do mercado, através da propriedade pública, explicam a mudança para um modelo alternativo, no qual o controlo dos setores considerados de interesse público foram passando para a gestão de privados, mas sujeitos a regras e controlo por parte de agências especializadas e autoridades administrativas independentes, fora da esfera de controlo da hierarquia governamental (Majone, 1997, p. 7).

A génese da criação dos organismos reguladores é assim a constatação das falhas de mercado, já que a eficiência deste tem limites, tendo estes organismos assumido crescente importância com a redução da intervenção estatal direta no mercado em resultado do movimento de privatizações (Mateus, 2006).

Por outro lado, a desregulação tem sido apontada como alternativa à regulação, em resposta às imperfeições dos mercados, já que a desregulação resulta das ineficiências e falhas da própria regulação, consistindo na abolição da legislação e regras de controlo e condicionamento dos atores nos mercados, implicando na realidade a “desintervenção” do Estado e liberalização dos mercados (Marques, 2005, p. 19).

Segundo Nunes (2009, p. 114): “A saúde é por excelência o domínio social onde surgem todas (ou quase todas) as falhas de mercado”, pelo que o cariz social e transversal da saúde atribui uma natureza de grande relevo social às prestações neste setor, sendo assim um mercado com diversas particularidades.

O mesmo autor (Nunes, 2009, p. 140) identifica várias falhas de mercado na saúde, tais como o monopólio ou monopsónio, escassez de serviços, externalidades, assimetria de informação e a incerteza, sendo objetivo da regulação económica da saúde a correção dessas falhas, afirmando ainda Nunes (2009, p. 139) que: “Na saúde, dada a própria

natureza do bem em causa, assim como da plêiade de atores envolvidos, a existência de falhas de mercado é estrutural ao próprio mercado”.

Para Marques (2005, p. 34): ”As Falhas de Mercado emergem, por exemplo, quando as condições para a competição num determinado mercado não são encontradas ou quando a competição ocorre, porém, não preenche os objetivos sociais necessários”.

Na saúde verifica-se ainda uma disfuncionalidade ou falha de mercado em particular, designada por “seleção adversa”, que consiste na tentativa dos prestadores, nomeadamente companhias de seguros, evitarem determinados doentes por representarem maior risco (Nunes, 2009, p. 132).

Entre as falhas de mercado na saúde encontram-se ainda as designadas externalidades, as quais Rodrigues define como (2010, p. 109): “todas as situações em que se registam efeitos positivos ou negativos sobre a produção, a distribuição, a utilização ou o consumo de bens ou serviços, no domínio de agentes distintos daqueles que lhes deram origem”.

No entanto, a eficácia do modelo de regulação está dependente do nível de desenvolvimento do país onde se integra, nomeadamente da independência e eficácia dos tribunais, credibilidade e estabilidade da legislação, garantias dos procedimentos administrativos e funcionamento da administração, o que condiciona o papel da regulação (Marques, 2005, p. 72).

A nível comunitário verifica-se que os Estados membros da UE têm vindo a desenvolver as suas capacidades de regulação para acompanharem as normas e imposições da União Europeia, sendo a Comissão Europeia a principal fonte dessas normas e imposições de regulação e segurança (Majone, 1997, p. 9).

Verifica-se a existência de reguladores dedicados a um determinado setor e reguladores com competências transversais a vários setores, sendo regulador dedicado aquele cuja atividade se resume a um único setor, enquanto o regulador não dedicado tem outras atividades que não apenas a regulação ou atua, enquanto regulador, em mais do que um setor de atividade (Nunes, 2009, p. 105).

A sobreposição de funções de regulador económico vertical e setorial e autoridade reguladora responsável pela defesa e promoção da concorrência, transversal a todos os setores, é habitual, tendo o regulador setorial muitos aspetos a regular, detendo relevantes poderes regulamentares e administrativos e moderados poderes sancionatórios, enquanto que o regulador da concorrência, transversal a todos os setores, detém poderes regulamentares e administrativos mitigados e fortes poderes sancionatórios (Marques, 2005, p. 83).

As políticas de regulação surgem com o objetivo de prover a sociedade com determinados bens ou serviços de carácter universal, com custos, segurança e qualidade definidos ou com o objetivo de privatizar determinados setores com base em critérios pré-definidos (Rodrigues, 2010, p. 123).

Na mesma linha de pensamento, Rocha (2011, p. 71) defende que: “o processo de privatização, desintervenção e desregulação é acompanhado por um processo de regulação”.

No caso particular da saúde, a regulação concilia duas dimensões: a regulação económica e a regulação social, já que visa por um lado a equidade e eficiência na afetação dos recursos e, por outro lado, a qualidade assistencial, liberdade de escolha e de concorrência (Nunes, 2009, p. 112).

O regime de regulação tem como etapas o estabelecimento de regras, a sua implementação e a aplicação de sanções às infrações detetadas, dispondo, para aplicação do regime regulatório, de poderes normativos, executivos e judiciais (Marques, 2005, p. 30).

A legitimidade das instituições independentes de regulação resulta de critérios políticos claros e consistentes, da capacidade dos reguladores para resolverem problemas e conflitos, da sua especialização, da sua capacidade para proteger interesses difusos e da definição clara dos seus objetivos e dos limites da sua atuação (Majone, 1997, p. 26).

A regulação realizada por entidades independentes tem diversas vantagens, como a separação da economia da política, com a tomada de decisões sem a intervenção direta do poder político, havendo igualmente maior agilidade e flexibilidade nos processos

regulatórios, maior especialização das entidades reguladoras e maior credibilidade da regulação (Marques, 2005, p. 67).

Majone (1997, p. 29) considera que a delegação de poderes significativos para realização de políticas em organismos independentes é democraticamente justificado, apenas, numa ótica de ganhos de eficiência na resolução de conflitos ou problemas face à opção de confiar em responsáveis políticos. O mesmo autor (Majone, 1997, p. 30), considera que a delegação de poderes em agências politicamente independentes é um meio importante, através do qual os governos se comprometem com uma estratégia regulatória que não seria credível sem essa mesma delegação.

Ainda segundo Majone (1997, p. 17) as políticas redistributivas ou com consequências redistributivas significativas devem manter-se sob controlo direto do poder político executivo, sendo o modelo de agência apenas aplicável a situações limite, nas áreas de regulação económica e social ou noutros setores em que a especialização e reputação são essenciais a uma maior efetividade, considerando que as agências independentes gozam nestas áreas de duas vantagens: especialização e compromissos políticos credíveis.

Nesta senda, entende Rodrigues (2010, p. 134): “A Política de Regulação define um ambiente de atuação das empresas onde não há incerteza, ou, onde o risco empresarial é fortemente reduzido”.

A legitimidade das instituições independentes de regulação resulta assim de critérios políticos claros e consistentes, da capacidade dos reguladores para resolverem problemas e de níveis de especialização elevada e, ainda, da sua capacidade para proteger interesses difusos, profissionalismo e definição clara dos objetivos da agência e dos limites da sua atuação (Majone, 1997, p. 28).

5.2.1 – Na União Europeia

A ordem jurídica comunitária, focada na concorrência como motor de desenvolvimento da integração e da UE, constituiu segundo Rodrigues (2010, p. 75) uma “ordem pública concorrencial” que: “exprime um contrato de confiança entre o Poder Político que tem o

monopólio da segurança, da preservação do território, a garantia de condições para que as populações que ocupam esse território tenham uma cidadania de excelência”.

Por outro lado, a UE tem constrangimentos orçamentais que reduzem a sua capacidade de ação, pelo que para obviar a esse facto, a Comissão Europeia recorre à atividade regulatória para aumentar a sua influência, ou seja, como lhe faltam competências para criação de impostos e assunção de despesas, desenvolve um Estado regulatório (Majone, 1997, p. 14).

De acordo com Rodrigues (2007, p. 37), para combater as falhas de mercado, o Tratado CE permite dois mecanismos: a concessão de direitos especiais ou exclusivos e o financiamento dos custos acrescidos resultantes do cumprimento da missão de serviço público.

O Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, nos seus artigos 101º a 109º (Gorjão-Henriques, 2011, p. 119), promove e defende a concorrência no mercado interno comunitário, estatuidando a proibição de práticas anti concorrenciais ou limitadoras da livre concorrência, o que tem implicações no setor da saúde enquanto mercado.

Mateus (2006) define concorrência como sendo um mecanismo básico de funcionamento da economia de mercado, pelo qual cada empresa decide de forma autónoma das restantes, variáveis como preços, quantidades, qualidade, investimentos, mercados e clientes alvo com o objetivo de maximizar o seu lucro.

A relevância da concorrência é salientada por Rodrigues (2008, p. 478), segundo o qual o “valor da concorrência” a que os Estados membros da UE estão obrigados, é um elemento basilar da construção de uma economia de mercado sem barreiras à mobilidade no seu interior, dos fatores de produção.

Segundo o mesmo autor (Rodrigues, 2008, p. 84), a Política Comunitária de Concorrência foi e é um mecanismo estratégico da construção europeia, e não um fim em si mesmo.

A UE assentou o seu desenvolvimento na livre concorrência no espaço comunitário, pelo que, segundo Mateus (2006): “O direito da concorrência é um dos ramos fundamentais do Direito Comunitário”.

Os mercados normalmente pouco concorrenciais, como os Serviços de Interesse Económico Geral (SIEG), apresentam barreiras à entrada de várias naturezas face aos mercados concorrenciais mais desenvolvidos, pelo que os mesmos têm sido alvo de várias iniciativas por parte da Comissão Europeia, com o objetivo de aumentar a concorrência (Rodrigues, 2007, p. 40).

A UE assume um papel de governo indireto, pelo que as suas diretrizes se limitam à definição das características essenciais do produto ou serviço, sendo a definição de standards um dos seus papéis (Majone, 1997, p. 11).

O Tratado da União Europeia estabelece uma ordem jurídica comunitária autónoma dos direitos nacionais dos países que constituem a UE e, em resultado da jurisprudência dos tribunais comunitários, resultam três princípios não previstos de forma expressa nos tratados e que são os princípios do primado do Direito Comunitário sobre o direito nacional, o efeito direto ou aplicabilidade direta na ordem jurídica nacional do Direito Comunitário e a passagem de competências nacionais a exclusivamente comunitárias, como é o caso das regras da concorrência aplicáveis às Ajudas de Estado (Mateus, 2006).

O Tratado CE gerou um sistema jurídico próprio que se integrou nos sistemas jurídicos dos Estados membros, permitindo uma nova ordem pública concorrencial e transferência de competências soberanas, cuja originalidade, segundo Rodrigues (2008, p. 346), se consubstancia na sua aplicabilidade direta junto dos agentes económicos, aplicabilidade direta essa que, segundo o mesmo autor (Rodrigues, 2010, p. 358) é reconhecida pela jurisprudência do Tribunal de Justiça Europeu e implica que a norma seja clara e precisa, incondicional e capaz de produzir efeitos sem necessidade de qualquer ato adicional.

Segundo Mateus (2006), o efeito direto ou aplicabilidade direta do Direito Comunitário consubstancia-se, dessa forma, na criação de direitos na esfera jurídica dos cidadãos

sem necessidade de transposição do Direito comunitário para normativos legais nacionais.

Quanto ao princípio do primado e ainda segundo Mateus (2006), implica que qualquer tribunal nacional deverá aplicar o direito comunitário, devendo ignorar ou afastar normas nacionais que lhe sejam contrárias, o que, no que respeita à política da concorrência, possibilita que qualquer particular solicite o ressarcimento por danos causados por violação das normas comunitárias da concorrência.

O quadro regulamentar comunitário no âmbito da concorrência, dá autonomia aos Estados membros na aplicação do Direito Comunitário da Concorrência, permitindo-lhes designar as respetivas autoridades nacionais e a sua orgânica própria e aplicar as sanções às infrações aos artigos 81º e 82 do Tratado CE (Rodrigues, 2010, p. 360).

Em resultado desse quadro regulamentar, os Estados membros foram forçados a desenvolver as suas capacidades de regulação, para acompanharem as normas e imposições da UE, verificando-se uma aproximação nas práticas regulatórias entre reguladores dos Estados membros (Majone, 1997, p. 9).

Por outro lado, a política comunitária de concorrência, para além de subsumir uma transferência de competências de Estados soberanos para instituições supranacionais, constitui ainda um conjunto de mecanismos muito rigorosos de controlo das intervenções dos Estados nas respetivas economias (Rodrigues, 2008, p. 83).

No entanto, embora a política de concorrência seja um esteio da construção da UE, são imprescindíveis condições para a execução da função regulatória, defendendo Mateus (2006) a necessidade de um estatuto que permita ao regulador exercer a sua missão e que deverá ter como características: “ (i) missão claramente definida; (ii) instrumentos e poderes proporcionais e suficientes para desempenhar essa missão; (iii) ser independente, mas responsabilizado pela sua atividade”.

5.2.2 – Em Portugal

Em Portugal há diversidade no modelo de regulação, sendo esta, em alguns setores económicos, assegurada por organismos públicos especializados, o que corresponde a

um modelo de regulação intervencionista por parte do Estado, coexistindo noutros setores entidades reguladoras dotadas de independência perante o Estado e os agentes económicos (Rocha, 2011, p. 72).

Sendo a regulação assegurada por diversas entidades, de natureza e objetivos distintos entre si, é de salientar desde já a Autoridade da Concorrência (AC), com uma génese supranacional resultante da integração na UE e que tem competências transversais na área da concorrência, incluindo na saúde.

É igualmente de realçar que, em Portugal e de acordo com a Lei nº 19/2012, de 8 de maio, o regime jurídico da concorrência estende-se a todas as atividades económicas, permanentes ou ocasionais, sejam desempenhadas por entidades públicas, privadas ou cooperativas.

Segundo Mateus (2006): “A concorrência é um bem constitucional”, encontrando-se de facto estatuído na alínea f) do art. 81º da Constituição da República Portuguesa (Assembleia da República):

Art. 81º da CRP

“Incumbe prioritariamente ao Estado no âmbito económico e social:

(...)

f) “Assegurar o funcionamento eficiente dos mercados, de modo a garantir a equilibrada concorrência entre as empresas, a contrariar as formas de organização monopolistas e a reprimir os abusos de posição dominante e outras práticas lesivas do interesse geral;”

(...)

Os mercados concorrenciais resultam da intenção do Estado, ao criar e desenvolver Políticas Públicas que assegurem o exercício da liberdade económica, nomeadamente ao nível da “Liberdade de Concorrência” (Rodrigues, 2010, p. 241).

No entanto, o Estado regulador caracteriza-se pela difusão do poder, pela delegação de amplas funções por organismos independentes do governo e da sua legitimidade democrática, sendo que a legitimidade das instituições independentes de regulação

resulta de critérios políticos claros e consistentes, da capacidade dos reguladores para resolverem problemas e conflitos, da sua especialização, da sua capacidade para proteger interesses difusos e da definição clara dos seus objetivos e dos limites da sua atuação (Majone, 1997, p. 25).

Em Portugal, o Estado é proprietário dos serviços públicos, podendo atuar no mercado através do seu setor empresarial, como faz nomeadamente na saúde, visando e garantindo a otimização do bem-estar social, que é o objetivo pelo menos teórico das empresas públicas, em contraste com as privadas cujo objetivo é a maximização do lucro (Marques, 2005, p. 17).

O regime jurídico do setor empresarial do Estado, previsto no D.L. n.º 558/99, de 17 de dezembro, define no seu art. 19º como empresas responsáveis pela gestão de Serviços de Interesse Económico Geral (SIEG) aquelas que cujas atividades asseguram a universalidade e continuidade dos serviços prestados, em prol da coesão económica e social e a proteção dos consumidores.

Na ordem jurídica nacional, encontra-se no n.º 1 do art. 86º da Constituição da República Portuguesa (Assembleia da República) uma referência a empresas que prosseguem atividades de interesse económico geral:

“Art. 86º

Empresas privadas

O Estado incentiva a actividade empresarial, em particular das pequenas e médias empresas, e fiscaliza o cumprimento das respectivas obrigações legais, em especial por parte das empresas que prossigam actividades de interesse económico geral.”

Os SIEG e os Serviços de Interesse Geral (SIG) onde se integram, consideram-se como “valores comuns” da UE, sendo os primeiros expressamente referidos no art. 14º do Tratado Sobre o Funcionamento da União Europeia (Gorjão-Henriques, 2011, p. 67), encontrando-se ainda previstos no art. 36º da Carta dos Direitos Fundamentais (Gorjão-Henriques, 2011, p. 405).

Segundo Rodrigues (2007, p. 34), os SIEG constituem um esteio do desenvolvimento da integração e da cidadania europeias e um dos pilares do modelo europeu de sociedade, sendo essenciais à promoção da coesão e competitividade europeias.

No caso da saúde e prévio ao desenvolvimento da regulação em Portugal, dá-se a criação do SNS em 1979, em resultado da impossibilidade do mercado, por si só, providenciar a prestação global de cuidados de saúde, o que obrigou a que a produção fosse maioritariamente assegurada por serviços públicos, existindo assim uma relação direta entre financiamento, produção e controlo do sistema, dando origem a uma realidade em que o Estado regula-se a ele próprio (Nunes, 2009, p. 118).

É de facto o Governo que define a política de saúde, competindo ao Ministério da Saúde propor a definição dessa política nacional de saúde, bem como promover e vigiar a respetiva execução e coordenar a sua aplicação, através das cinco administrações regionais de saúde (ARS) em que o país se encontra dividido e às quais compete a articulação e coordenação de todos os níveis de prestação de cuidados de saúde na respetiva área geográfica e a implementação da política do Ministério da Saúde (Lei de Bases da Saúde, 1990).

Sendo responsável pela política nacional de saúde e pela importância social que assume, é indispensável que o Estado garanta o direito ao acesso a cuidados de saúde e coordene as atividades entre os vários operadores do mercado (Nunes, 2009, p. 122).

Segundo a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro, este exerce relativamente ao SNS: “funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção”.

Na referida Lei Orgânica do Ministério da Saúde, curiosamente não é feita referência a regulação, mas sim a funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção em relação a instituições do SNS e, relativamente ao setor privado, é feita referência a funções de regulamentação, inspeção e fiscalização, na alínea c) do seu art.2º.

As especificidades do setor da saúde, enquanto mercado, correspondendo à sua importância social e económica, implicam a presença de todos os fatores que concorrem

para a existência de falhas de mercado, impondo a necessidade de regulação no domínio económico e também a nível social, para colmatar essas falhas, porque apesar da existência de um SNS universal e tendencialmente gratuito, coexistem prestadores privados e sociais com um peso significativo no sistema de saúde (Nunes, 2009, p. 135).

De acordo com o Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de dezembro, a criação de uma agência reguladora independente, a ERS, com competência de regulação e supervisão do setor da prestação de cuidados de saúde, independente do poder político no exercício das suas funções e com atribuições relativas ao acesso aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à garantia de segurança, assegurando o respeito pelas regras da concorrência entre todos os operadores no quadro da prossecução da defesa dos direitos dos utentes, consubstancia a aplicação do papel do Estado enquanto regulador do mercado.

A ERS tem como função evitar distorções no acesso à saúde, tratando-se de um organismo regulador autónomo que permite separar as funções de controlo, supervisão e acompanhamento dos atores no setor da saúde (Nunes, 2009, p. 24).

Na realidade portuguesa, para além da ERS e de outros reguladores setoriais, existe a AC, a qual tem como missão assegurar o cumprimento das regras de concorrência em Portugal, em respeito dos princípios da economia de mercado e livre concorrência, incluindo no setor da saúde, dispondo de poderes sancionatórios, de supervisão e de regulamentação (Marques, 2005, p. 263).

Embora se trate de um mercado específico, com uma entidade reguladora própria, o setor da saúde, como referido, não deixa de estar sujeito à regulação da AC, cujas competências de regulação são transversais a todas as atividades económicas, realidade que leva a que muitos reguladores setoriais procurem desenvolver a sua atuação em cooperação com esta, atuando com objetivos comuns, de acordo com as características dos mercados que regulam (Rodrigues, 2010, p. 125).

Outra entidade com competências regulatórias na área da saúde é o Infarmed que, de acordo com o Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro, se insere na estrutura do Ministério da Saúde ao nível da administração indireta do Estado e, apesar de ter

funções de regulação, não dispõe da natureza independente que caracteriza por norma as agências de regulação, nomeadamente a ERS.

O Infarmed exerce funções de regulação económica e social, em particular no âmbito da política do medicamento e dos dispositivos médicos, competindo-lhe em particular controlar a qualidade dos medicamentos (Nunes, 2009, p. 110).

Dada a importância social que o setor da saúde comporta, o desenvolvimento da atividade de regulação nesta área tem implicações não só ao nível do mercado, mas também ao nível social, pela faculdade de influenciar níveis de serviço como a qualidade ou a disponibilidade de cuidados de saúde.

Segundo Nunes (2009, p. 132), na saúde em Portugal só há mercado concorrencial fora da esfera pública, incluindo-se nesta não só os prestadores públicos mas também os privados e sociais que contratualizam com o SNS, mas os gastos com saúde no setor privado e social atingem um peso na ordem dos 30 a 35% do total, aplicando-se aí as regras da concorrência.

De facto e apesar da existência do SNS, em Portugal a percentagem das despesas privadas no total das despesas em saúde, como já referido, situa-se entre as mais elevadas da UE a 15, facto identificado em várias fontes, nomeadamente pela WHO (2010, p. 44): “Total private expenditure on health as a percentage of total health care spending has been among the top third of the EU15, ranging between 27% and 29% compared to the EU15 average of 23% in 2008”.⁷

Esta realidade e este volume de despesa privada demonstra a existência de um mercado privado com relevo, a que os utentes recorrem e que funcionará de acordo com as regras de mercado.

A regulação em saúde, segundo Nunes (2009, p. 111), deve ser assim vista como um instrumento de melhoria do desempenho e para defesa da concorrência, da liberdade de escolha e da transparência e responsabilização dos atores no sistema de saúde, apesar

⁷ Os gastos privados em saúde, face à percentagem total de custos em saúde, está entre as três mais altas da EU a 15, oscilando entre 27% a 29%, quando a média da UE a 15 era de 23% em 2008 (tradução própria).

deste setor ser altamente regulamentado e alvo de grande controlo, não se podendo confundir regulação com regulamentação ou criação de normativos legais ou regulamentares.

Por outro lado, há limitações às competências de regulação da ERS, já que não dispõe de competências quanto à entrada na atividade nem relativas à regulação económica do mercado de saúde, nem quanto à atividade profissional, regulada por ordens profissionais (Marques, 2005, p. 261).

Com a criação de um mercado administrativo da Saúde, em que atuam prestadores privados, sociais e públicos, em que os recursos financeiros são escassos e se procuram ganhos de eficiência que rentabilizem os elevados investimentos que o setor exige, é essencial garantir a proteção dos direitos dos cidadãos e consumidores, o cumprimento dos princípios éticos subjacentes à atividade clínica, a equidade no acesso aos cuidados de saúde, o direito à informação e consentimento informado, bem como o cumprimento de critérios objetivos de qualidade (Nunes, 2009, p. 23).

É necessário, igualmente, ter em conta que a substituição da administração direta pela contratação de prestadores de serviços, mais ou menos independentes, impossibilita a resolução de conflitos pela via hierárquica, pelo que há maior envolvimento e intervenção dos órgãos judiciais e uma substituição dos conflitos burocráticos internos pela litigância, pelo que, sendo os tribunais chamados a resolver disputas entre reguladores públicos e agentes autónomos, aqueles tornam-se atores fulcrais no processo administrativo (Majone, 1997, p. 21).

É de realçar que o acordo celebrado entre Portugal e a Troika, reforça o papel dos reguladores, considerando que os objetivos expressos na medida 7.20, alínea iii) são (FMI, BCE, CE, Portugal, 2011, p. 63): “Ensure that the national regulator authorities (NRA) have the necessary independence and resources to exercise their responsibilities”⁸.

No que respeita ao sistema de saúde, as restrições económicas e financeiras e a aplicação de critérios de justiça distributiva, exigem que os recursos disponíveis e afetos

⁸ “Garantir que as autoridades reguladoras nacionais têm a independência e recursos necessários ao exercício das suas responsabilidades” (tradução própria).

à saúde sejam usados em tratamentos cuja efetividade clínica seja comprovada, ou seja, medicina baseada na evidência, estando em causa a distribuição de recursos de forma mais justa e equitativa (Nunes, 2009, p. 50).

Na opinião de Nunes (2009, p. 93), é necessário estabelecer prioridades e promover a eficiência económica na afetação de recursos humanos, financeiros e materiais e a afetação de recursos para prestação de serviços à população, pelo que o racionamento dos recursos deve ser realizado de acordo com critérios de transparência e de responsabilidade.

As Políticas de Regulação e Concorrência resultam da conceção de valores que em cada momento, de acordo com os ciclos políticos, são vivenciados dentro da sociedade, pelo que estas políticas desenvolvem-se num enquadramento que resulta de fatores de ordem geográfica, demográfica, histórica, económica, cultural ou social (Rodrigues, 2010, p. 93).

6 – O Memorando de Entendimento

O Programa de Assistência Financeira da Troika, no qual se inclui o MdE, implicou a satisfação de ações prévias por parte das autoridades portuguesas e traduz-se num conjunto de medidas e iniciativas legislativas, relacionadas com as finanças públicas, a estabilidade financeira e a competitividade, a introduzir inicialmente durante os anos de 2011 a 2014, período inicialmente previsto para duração do referido Programa.

O Programa de Assistência Financeira foi assinado em maio de 2011 e é constituído pelos seguintes documentos⁹ (Governo de Portugal, 2013):

- Letter of Intent (FMI)¹⁰ ;
- Memorandum of Economic and Financial Policies¹¹;
- Technical Memorandum of Understanding (TMU)¹²;
- Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality¹³;
- Letter of Intent (UE)¹⁴.

O Programa de Assistência Financeira da União Europeia/FMI a Portugal concretizou-se através do Enhanced Fund Facility (EFF) do FMI, do Mecanismo Europeu de Estabilização Financeira (MEEF) da União Europeia e do Fundo Europeu de Estabilidade Financeira (FEEF), também da União Europeia, conjunto de entidades que ficou conhecida por Troika (Banco de Portugal, 2013).

Para efeitos do estudo vertente, analisamos o Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality (Memorando de Entendimento sobre as Condicionantes de Política Económica ou MdE), no qual estão plasmadas as medidas acordadas entre o Governo Português e a Troika para obtenção do financiamento necessário ao funcionamento do Estado português e que passam por mudanças

⁹ O idioma da versão original e oficial dos documentos que integram o Programa de Assistência Financeira a Portugal é o inglês. As versões disponibilizadas em português correspondem a uma tradução dos documentos originais da responsabilidade do Governo Português, prevalecendo a versão inglesa em caso de divergência.

(<http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/primeiro-ministro/secretarios-de-estado/secretario-de-estado-adjunto-do-primeiro-ministro/documentos-oficiais/memorandos.aspx> em 22 Out 2013).

¹⁰ Carta de intenções ao FMI.

¹¹ Memorando de Políticas Económicas e Financeiras.

¹² Memorando Técnico de Entendimento.

¹³ Memorando de Entendimento sobre as Condicionantes de Política Económica.

¹⁴ Carta de intenções à UE.

legislativas e reformas em vários setores da economia e do Estado em Portugal, incluindo a saúde (FMI, 2011a).

O MdE prevê um conjunto de medidas para a saúde, agrupadas por área ou temas, avaliadas e revistas ao longo de 2011 e 2012, período no qual realizamos o vertente estudo de caso e que abarcam o MdE inicial até à sua 6ª revisão (anexo VI), versão com tradução própria já que não existe versão oficial em português.

7- O Hospital Distrital de Santarém

7.1 – Hospital do SNS

O Serviço Nacional de Saúde dispõe de 102 hospitais, organizados e agrupados em 55 entidades com personalidade jurídica e com natureza de entidades empresariais públicas (EPE) ou integrados no setor público administrativo (SPA) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013).

Considerando a natureza de estudo exploratório do vertente projeto, consideramos necessário limitar o estudo de caso a uma entidade hospitalar de nível distrital, fora das áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, que não seja igualmente hospital de referência ou central.

Esta opção deve-se ao facto de existir maior mobilidade de utentes entre hospitais nos grandes centros urbanos, bem como ao facto de existirem políticas de complementaridade entre hospitais que promovem essa mesma mobilidade onde existem várias unidades hospitalares. Os hospitais de referência ou centrais, por sua vez, recebem doentes referenciados de outros hospitais, não tendo capacidade ativa para o evitar já que funcionam como hospitais de fim de linha e dispõe de maior diferenciação técnica e tecnológica.

Por outro lado, entendemos mais adequado realizar o estudo de caso numa entidade constituída por um único hospital, ao invés de o realizar num centro hospitalar constituído por dois ou mais hospitais. Esta opção deve-se ao facto dos centros hospitalares serem uma realidade relativamente recente, encontrando-se a sua maioria ainda em processos de ajustamento de valências e capacidade instalada, pelo que se optou por realizar o estudo num hospital de âmbito distrital, estável na sua orgânica, natureza e dimensão, recaindo a escolha sobre o Hospital Distrital de Santarém, EPE (HDS).

7.2 – Caraterização do HDS

O HDS foi inaugurado em 1985 com 240 camas ativas, tendo sido construído com uma capacidade máxima de 513 camas. O edifício tem 14 pisos e uma área de construção de 43.075 m², sendo a área coberta de 10.300 m² (Santarém, 2013).

Em 2012 o HDS dispunha de 373 camas ativas, menos 10 do que em 2011, servindo 8 concelhos do Distrito de Santarém e uma população de cerca de 240.000 habitantes (Santarém, 2013).



FIGURA 1- CONCELHOS DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DO HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM (SANTARÉM, 2013).

Até 2002 o HDS tinha um estatuto jurídico de Instituto Público, ano em que adotou a natureza jurídica de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, adotando uma gestão de tipo empresarial. Em dezembro de 2005 a sua natureza jurídica foi alterada para entidade pública empresarial (EPE), passando a Instituição a integrar o Setor Empresarial do Estado e a designar-se por Hospital de Santarém, EPE (Santarém, 2013).

7.3 – Dados de produção do HDS

Em termos de produção, analisamos as principais linhas de produção (internamento, hospital de dia, consulta externa, urgência, bloco operatório e bloco de partos)¹⁵.

Verificou-se em 2012 a redução de 10 camas face a 2011, o que tem necessariamente influência na evolução dos indicadores de desempenho, constatando-se uma redução de doentes saídos nesse período, ou seja, que tiveram alta do internamento¹⁶, com um aumento relevante dos dias de internamento em 2012 face a 2011 (GIG-HDS, 2013a).

¹⁵ Dados estatísticos e de produção fornecidos pelo HDS.

¹⁶ Por alta clínica, falecimento ou transferência para outra unidade hospitalar.

No internamento, a redução de camas em 2012 face a 2011 contribui necessariamente para as variações verificadas nos dados de produção desta área de produção, nomeadamente na taxa de ocupação. Apesar desse facto verifica-se uma alteração pouco relevante número de doentes saídos¹⁷, mas com um aumento relevante, em 2012, do número de dias de internamento (GIG-HDS, 2013a).

Linha de Produção	Realizado Ano 2011	Realizado Ano 2012	Var. 2012-2011	Var% 2012- 2011
INTERNAMENTO				
Lotação	383	373	-10	-2,61%
Doentes Saídos (s/transf.internas)	16.044	15.855	-189	-1,18%
Dias de Internamento	119.658	125.480	5.822	4,87%
Taxa de Ocupação	85,60%	91,91%	6,32 %.	n.a.
Demora Média (dias)	7,46	7,91	0,46	n.a.
Falecidos	1.277	1.288	11	0,86%
Taxa de Mortalidade	7,96%	8,12%	0,16 %	2,06%
Doentes Tratados por Cama	41,89	42,51		

QUADRO 1 – INTERNAMENTO (GIG-HDS, 2013A)

No Hospital de Dia¹⁸, verifica-se um aumento significativo da produção em 2012, face a 2011, em particular nas áreas de Imunohemoterapia e Radioterapia, o que pressupõe um aumento da capacidade de resposta e de acessibilidade a cuidados de saúde desta natureza, no HDS.

Linha de Produção	Realizado Ano 2011	Realizado Ano 2012	Var. 2012- 2011	Var% 2012- 2011
HOSPITAL DE DIA				
Sessões				
Doenças Infeciosas	2.015	2.089	74	3,67%
Imunohemoterapia	2.150	3.505	1.355	63,02%
Outros	4.641	4.425	-216	-4,65%
Psiquiatria	2.877	2.900	23	0,80%
Quimioterapia	7.645	7.851	206	2,69%
Radioterapia	8.237	9.063	826	10,03%
Total	27.565	29.833	2.268	8,23%

QUADRO 2 – HOSPITAL DE DIA (GIG-HDS, 2013A)

Na Consulta Externa constata-se uma redução de 4,5% da produção realizada em 2012, face a 2011, na área médica. Também as primeiras consultas sofreram uma redução,

¹⁷ Doente que deixou de ocupar cama de internamento.

¹⁸ Ambulatório

antevendo uma diminuição da capacidade de resposta e acessibilidade dos utentes a consultas no HDS, bem como se verifica uma quebra nas consultas não médicas¹⁹, ainda mais significativa, na ordem dos 19% em igual período (GIG-HDS, 2013a).

Linhas de Produção	Realizado Ano 2011	Realizado Ano 2012	Var. 2012- 2011	Var% 2012-2011
CONSULTA EXTERNA				
Médicas				
Primeiras Consultas	41.663	39.052	-2.611	-6,27%
Consultas Subsequentes	113.710	109.344	-4.366	-3,84%
Total consultas médicas	155.373	148.396	-6.977	-4,49%
Peso das primeiras consultas médicas no total das consultas médicas	26,8%	26,3%	-0,50 %	-1,86%
Não Médicas				
Primeiras Consultas	595	509	-86	-14,45%
Consultas Subsequentes	1.465	1.151	-314	-21,43%
Total consultas não médicas	2.060	1.660	-400	-19,42 %
Total Primeiras	42.258	39.561	-2.697	-6,4%
Total Subsequentes	115.175	110.495	-4.680	-4,1%
TOTAL	157.433	150.056	-7.377	-4,7%
% 1ª Consultas/Total Consultas	26,8%	26,4%	-0,48 %	-1,8%

QUADRO 3 – CONSULTA EXTERNA (GIG-HDS, 2013A)

Relativamente ao Serviço de Urgência há uma diminuição da procura, no entanto nota-se um aumento das urgências que geraram internamento em 2012, face a 2011, podendo indiciar um eventual aumento da severidade dos doentes que recorreram a este serviço.

Linha de Produção	Realizado Ano 2011	Realizado Ano 2012	Var. 2012- 2011	Var% 2012-2011
URGÊNCIA				
Urgência Geral	83.578	79.510	-4.068	-4,87%
Urgência Pediátrica	35.547	34.929	-618	-1,74%
Urgência Ginec./Obst.	9.673	8.955	-718	-7,42%
TOTAL	128.798	123.394	-5.404	-4,20%
Urgências que geram Internamento	12.119	12.444	325	2,68%
% Urgências que geram Internamento	9,4%	10,1%	0,68 %	0,68%

QUADRO 4 - URGÊNCIA (GIG-HDS, 2013A)

¹⁹ Consultas realizadas por técnicos de saúde não médicos, nomeadamente dietistas, psicólogos, entre outros.

Ao nível da atividade da Obstetrícia, não há diferenças significativas entre 2011 e 2012.

Linhas de Produção	Realizado Ano 2011	Realizado Ano 2012	Var. 2012- 2011	Var% 2012-2011
BLOCO DE PARTOS				
Eutócicos	731	728	-3	-0,41%
Distócicos - Ventosas/Forceps	224	204	-20	-8,93%
Distócicos - Cesarianas	408	382	-26	-6,37%
TOTAL	1.363	1.314	-49	-3,60%
Crianças Nascidas	1.383	1.327	-56	-4,05%
% Partos por Cesariana	29,9%	29,1%	-0,86 %	-0,86%

QUADRO 5 – OBSTETRÍCIA (GIG-HDS, 2013A)

No que respeita à atividade cirúrgica programada, verifica-se uma redução significativa em todas as linhas de produção, tendo a cirurgia ambulatória sofrido uma diminuição na ordem de 30% em 2012, face a 2011, e a convencional cerca de 16% no mesmo período (GIG-HDS, 2013a).

Linhas de Produção	Realizado Ano 2011	Realizado Ano 2012	Var. 2012- 2011	Var% 2012-2011
BLOCO OPERATÓRIO				
CIRURGIA PROGRAMADA				
Cirurgia Convencional (Intervenções)	4.684	3.939	-745	-15,91%
Cirurgia Convencional (Doentes)	3.320	2.783	-537	-16,17%
Cirurgia Ambulatória (Intervenções)	7.037	4.897	-2.140	-30,41%
Cirurgia Ambulatória (Doentes)	4.462	3.232	-1.230	-27,57%
Taxa Ambulatorização (Doentes)	57,3%	53,7%	-3,61 %	-3,61%
CIRURGIA URGENTE				
Intervenções	1.942	1.928	-14	-0,72%
Doentes	1.620	1.621	1	0,06%
Total Geral Intervenções	13.663	10.764	-2.899	-21,22 %
Total Geral Doentes	9.402	7.636	-1.766	-18,78 %
ANESTESIAS				
Bloco Operatório	4.940	4.402	-538	-10,89%
Cirurgia Ambulatório	4.462	3.232	-1.230	-27,57%
Analgesias Trabalho Parto	900	1.063	163	18,11%
TOTAL	10.302	8.697	-1.605	-15,58%

QUADRO 6 – CIRURGIA (GIG-HDS, 2013A)

No que respeita a Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), verificam-se oscilações significativas em várias áreas, quer positivas quer negativas. A título de exemplo, a Cardiologia implantou menos 26 pacemakers, numa redução de 8,6% em 2012 face a 2011, mas aumentou em 5,2% a realização de exames de diagnóstico e terapêutica. Já a Imunohemoterapia, aumentou o número de transfusões mas reduziu significativamente (-85,7%) o número de análises (GIG-HDS, 2013a).

Linhas de Produção	Realizado Ano 2011	Realizado Ano 2012	Var. 2012- 2011	Var% 2012-2011
MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA				
Anatomia Patológica (Nº Exames)	18.909	17.020	-1.889	-9,99%
Cardiologia	35.277	37.124	1.847	5,24%
Pacemakers	301	275	-26	-8,64%
Dermatologia	3.534	3.694	160	4,53%
Pequenas Cirurgias	2.792	3.160	368	13,18%
Gastroenterologia	3.704	2.971	-733	-19,79%
Imagiologia	140.848	144.716	3.868	2,75%
Imuno	--	--	--	--
Transfusões	5.161	5.488	327	6,34%
Análises	19.704	2.814	-16.890	-85,72%
Medicina Física Reab. (Tratamentos)	126.600	132.085	5.485	4,33%
Ginecologia	6.147	6.798	651	10,59%
Obstetrícia	6.030	6.663	633	10,50%
Oftalmologia	19.412	11.555	-7.857	-40,47%
Otorrino	7.886	7.719	-167	-2,12%
Pneumologia	31.628	30.932	-696	-2,20%
Patologia Clínica (N.º Análises)	1.484.678	1.481.258	-3.420	-0,23%

QUADRO 7- MCDT (GIG-HDS, 2013A)

7.4 – Recursos humanos do HDS

As profissões da saúde são essenciais para a coesão, qualificação e credibilidade dos serviços públicos de saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012, p. 90). Carecendo a prestação de cuidados de saúde de recursos humanos especializados, sendo aliás uma área onde estes são elemento fundamental, analisamos sucintamente os recursos humanos do HDS em 2011 e 2012.

No período em análise, 2011 e 2012, verifica-se a redução de pessoal, tendência observada já em 2010. Apesar do valor global apresentar uma diminuição percentual de

apenas 0,2% entre 2011 e 2012, verifica-se que essa pequena diferença resulta do aumento significativo (13%) do pessoal “pré-carreira”, que corresponde a médicos internos do ano comum e complementar²⁰ que são colocados anualmente nos hospitais do SNS²¹ e que se encontram ainda em formação (GIG-HDS, 2013b).

Rec. Humanos - Distribuição por grupo profissional 2010 a 2012				
	2010	2011	2012	Δ 2011/2012
Dirigente Superior 1º Grau	1	1	1	0,00%
Dirigente Superior 2º Grau	3	3	3	0,00%
Dirigente Intermédio 1º Grau	35	36	34	-5,56%
Pessoal Pré carreira ²²	88	92	104	13,04%
P. Médico	129	125	122	-2,40%
P. Téc. Sup. Saúde	10	10	12	20,00%
P. Téc. Superior	30	30	28	-6,67%
P. Enfermagem	495	481	475	-1,25%
P. Informática	6	5	6	20,00%
P. T. Diagn. Terap.	96	97	99	2,06%
Assis. Técnico	145	140	137	-2,14%
Assis. Operacional	409	398	394	-1,01%
Capelão	1	1	1	0,00%
Total	1448	1419	1416	-0,21 %

QUADRO 8 – R.H. DISTRIBUIÇÃO POR GRUPO PROFISSIONAL (GIG-HDS, 2013B)

Retirando o pessoal pré-carreira ou médicos internos, cuja gestão é feita a nível central e nacional pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a redução de pessoal verificada de 2011 para 2012 será de 15 profissionais.

Relativamente aos grupos profissionais, em particular os diretamente envolvidos na prestação de cuidados, verifica-se, em 2012 face a 2011, um decréscimo no pessoal médico (menos 2 profissionais) e de enfermagem (menos 6), mas com aumento do pessoal técnico de diagnóstico e terapêutica (mais 2) e pessoal técnico superior de saúde (mais 2) (GIG-HDS, 2013b).

²⁰ De acordo com o artigo 2.º da Portaria n.º 183/2006, de 22 de Fevereiro, “ O internato médico realiza-se após a licenciatura em Medicina e corresponde a um processo único de formação médica especializada, teórica e prática, tendo como objetivo habilitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado na respectiva área profissional de especialização”.

²¹ A gestão do internato médico é da responsabilidade da ACSS (<http://www.acss.min-saude.pt/%C3%81reaseUnidades/CoordeRegForma%C3%A7%C3%A3oProfissional/InternatosM%C3%A9dicos/SobreInternatoM%C3%A9dico/tabid/525/language/pt-PT/Default.aspx>).

²² Licenciados em medicina que frequentam a especialização (ano comum ou internato complementar).

Relativamente às horas extraordinárias, verifica-se uma redução substancial em 2012, face a 2011.

HORAS EXTRAORDINÁRIAS				
Grupo Profissional	2012	2011	SALDO	Δ 2011/2012
Pessoal Pré carreira	29.245	26.094	3.152	12,08%
P. Médico	75.731	83.969	-8.238	-9,81%
P. Téc. Sup. Saúde	2.914	3.216	-302	-9,39%
P. Téc. Superior	1	0	1	100,00%
P. Enfermagem	23.840	19.479	4.361	22,39%
P. Informática	63	69	-6	-8,00%
P. T. Diagn. Terap.	8.169	7.581	589	7,76%
Assis. Técnico	145	751	-606	-80,69%
Assis. Operacional	12.748	19.742	-6.994	-35,43%
2012	152.856			-5,00%
2011		160.899		
SALDO			-8042,65	

QUADRO 9 – HORAS EXTRAORDINÁRIAS (GIG-HDS, 2013B)

No pessoal médico e técnico superior de saúde a redução de trabalho extraordinário é superior a 9%, havendo no entanto um aumento significativo do trabalho extraordinário feito por pessoal de enfermagem.

HORAS SUPLEMENTARES				
Grupo Profissional	2012	2011	SALDO	Δ 2011/2012
Pessoal Pré carreira	5.682	3.131	2.551	81,48%
P. Médico	13.525	9.150	4.376	47,82%
P. Téc. Sup. Saúde	442	149	293	196,64%
P. Enfermagem	313.369	318.906	-5.537	-1,74%
P. Informática	0	1	-1	-100,00%
P. T. Diagn. Terap.	21.898	22.251	-353	-1,59%
Assis. Técnico	10.021	9.324	697	7,48%
Assis. Operacional	204.695	206.933	-2.239	-1,08%
2012	569.632			-0,04%
2011		569.844		
SALDO			-212	

QUADRO 10 – HORAS SUPLEMENTARES (GIG-HDS, 2013B)

Já no trabalho suplementar, verifica-se a inexistência de alterações no valor total em 2012 face a 2011, no entanto, constata-se um aumento substancial do trabalho suplementar realizado por pessoal médico e técnico superior de saúde, em 2012 face a 2011.

8 – Entrevistas

8.1 - Categorização

Como já referido, as entrevistas seguiram o guião definido (anexo III), tendo as respostas sido estruturadas nas quatro categorias pré-definidas: MdE e a oferta da Instituição (HDS); MdE e a procura de cuidados; MdE e as rotinas da instituição; Entidade Reguladora da Saúde.

Os entrevistados tinham responsabilidades de gestão de topo, no caso dos membros do Conselho de Administração, ou de apoio e assessoria ou de gestão intermédia em departamentos clínicos, nos casos restantes.

A realização das referidas entrevistas permitiu a obtenção ativa de testemunhos atuais circunstanciados, de experiências pessoais vivenciadas sobre a matéria em análise de quem tinha responsabilidades diretas na gestão diária do HDS, em 2011 e 2012.

8.1.1 – O MdE e a oferta da Instituição

De acordo com as respostas obtidas nas entrevistas realizadas e o respetivo tratamento (anexos IV e V respetivamente), os objetivos do HDS são definidos pelo Conselho de Administração, existindo alguma participação dos serviços internos da instituição.

No entanto, os objetivos são maioritariamente impostos ao HDS pelo Ministério da Saúde, que condiciona a capacidade do HDS negociar esses mesmos objetivos, já que é aquele que controla e define o financiamento do Hospital Distrital de Santarém²³.

Qualitativamente, não se retira que tenha havido alterações substanciais entre 2011 e 2012 no HDS. No entanto as restrições orçamentais são apontadas como causadoras de alguns constrangimentos, em particular no atendimento no Serviço de Urgência, mas também com reflexo noutras áreas de produção da instituição²⁴.

É sentida pressão por parte da tutela para redução e controlo dos custos, sem no entanto ser colocado em causa o atendimento e tratamento dos doentes.

²³ Questões 1, 2 e 3.

²⁴ Questão 4.

Não se confirmam alterações substanciais na acessibilidade dos utentes aos serviços assistenciais do HDS, entre 2011 e 2012²⁵, sem prejuízo de existirem áreas de atividade que se ressentiram, nomeadamente por restrição dos programas de redução de listas de espera, por dificuldades na contratação ou substituição de profissionais.²⁶

Por outro lado, das entrevistas retira-se que a redução de custos imposta pela tutela ao HDS em 2012, não teve reflexo na redução da qualidade nem da prestação de cuidados²⁷, sem prejuízo das dificuldades sentidas.

8.1.2 – O MdE e a procura de cuidados

É constatado um aumento de faltas às consultas externas por parte dos utentes. Os entrevistados assumem maioritariamente um aumento do número de doentes que faltam a consultas programadas, associando essas faltas a motivos económicos²⁸.

O aumento das taxas moderadoras é associado à redução da procura pelos utentes, em algumas áreas do HDS. Em 2012 esse facto foi notado no Serviço de Urgência e outras áreas de ambulatório, como a Medicina Física e de Reabilitação, havendo também questões relacionadas com a diminuição da oferta por parte do HDS, que possivelmente contribuíram para essa redução da atividade²⁹.

Relativamente ao transporte de doentes, não há consenso entre os entrevistados quanto a ter contribuído para a redução da procura dos serviços do HDS por parte dos utentes, não sendo apontado como fator que tenha contribuído para a redução da procura de cuidados no HDS³⁰.

Apesar da abertura do Hospital de Vila Franca de Xira, em regime de Parceria Público-Privada (PPP), cuja área de influência confronta com a do HDS, bem como a existência

²⁵ Questões 5 e 6.

²⁶ Questão 17.

²⁷ Questão 10.

²⁸ Questão 7.

²⁹ Questão 8.

³⁰ Questão 9.

de um hospital privado em Santarém, não é verificada uma fuga de utentes do HDS para o setor privado³¹.

8.1.3 - O MdE e as rotinas do HDS

As medidas de contenção de custos impostas pela tutela causaram algumas dificuldades no HDS, provocando em particular dificuldades na contratação de pessoal nos anos de 2011 e em particular em 2012, provocando constrangimentos no funcionamento dos serviços com reflexos na atividade assistencial³².

Os entrevistados afirmaram não terem conhecimento das medidas previstas no MdE relativas ao setor da saúde, ou, em alguns casos, terem um conhecimento limitado das mesmas, mas houve a divulgação interna de medidas de contenção a aplicar no HDS, resultantes das medidas definidas pela tutela, mas não as previstas especificamente no MdE³³.

Relativamente ao impacto do MdE e das medidas de contenção de despesa tomadas ao seu abrigo no HDS, o mesmo verifica-se diretamente na redução de camas de internamento que ocorreu em 2012, ou seja, com a redução da capacidade produtiva instalada³⁴.

Constata-se uma redução da atividade do HDS em 2012, face a 2011, sendo a mesma atribuída a uma menor procura por parte dos utentes em algumas áreas e por medidas de contenção impostas pela tutela, nomeadamente na contratação de pessoal, com alguma redução da capacidade de resposta do HDS³⁵.

Não é assumido qualquer racionamento no acesso a cuidados de saúde no HDS, sem prejuízo de e em resultado das medidas impostas, nomeadamente pela redução

³¹ Questão 12.

³² Questão 11.

³³ Questão 13.

³⁴ Questão 14.

³⁵ Questão 15.

remuneratória e de honorários e necessidade de racionalizar consumos e serviços, existirem dificuldades de resposta por parte do HDS³⁶.

Os problemas de funcionamento do HDS são atribuídos essencialmente à redução do financiamento do mesmo e à exigência de reduzir custos³⁷.

8.1.4 – A Entidade Reguladora da Saúde

A ERS solicita com regularidade dados ao HDS, em particular relativos a tempos de espera para consultas e cirurgias, gestão de doentes em listas de espera e para avaliação do cumprimento dos tempos máximos garantidos de espera para atos clínicos³⁸.

Não é conhecida qualquer atividade desenvolvida pela ERS no HDS em 2012, ano em que o regulador apenas solicitou dados ou explicações em casos que tramitavam na ERS³⁹.

A ERS não é tida como relevante no HDS pelos entrevistados, não servindo, segundo as respostas dadas pelos mesmos, o propósito de garantir os direitos dos utentes ao acesso a cuidados de saúde com qualidade, na medida em que a atividade desenvolvida pelo HDS é pautado pelo normativo legal e pelas orientações e instruções recebidas pela tutela⁴⁰.

O funcionamento do HDS não é condicionado pela ERS nem esta impõe procedimentos ou práticas ao HDS⁴¹, segundo as respostas obtidas nas entrevistas realizadas.

Não é percecionada, no HDS e pelos entrevistados, qualquer vantagem ou mais-valia pela existência e funcionamento da ERS⁴².

No HDS a atividade desenvolvida pela ERS é vista como semelhante à atividade desenvolvida por outros organismos do Ministério da Saúde, existindo, na perceção dos

³⁶ Questão 16.

³⁷ Questão 17.

³⁸ Questão 19.

³⁹ Questão 20.

⁴⁰ Questão 21.

⁴¹ Questão 22.

⁴² Questão 23.

entrevistados, áreas de sobreposição de competências e atuações entre organismos do Ministério da Saúde e a ERS⁴³.

É desconhecida pelos entrevistados qualquer intervenção específica no HDS por parte da ERS, em 2011 ou em 2012 ⁴⁴.

Não se verificou no HDS qualquer intervenção da ERS com o objetivo de minorar eventuais impactos negativos provocados pelo MdE⁴⁵, segundos as respostas facultadas, nem para defesa da qualidade dos cuidados prestados pelo HDS aos seus utentes, nem para defesa da acessibilidade ou concorrência ⁴⁶.

⁴³ Questão 24.

⁴⁴ Questão 25.

⁴⁵ Questão 26.

⁴⁶ Questão 27.

9. Conclusões

9.1 - A questão de partida

Considerando a questão de partida:

- As alterações impostas pelo MdE, até à sua sexta revisão, causam ou não constrangimentos na acessibilidade a cuidados de saúde em hospitais públicos e ao funcionamento destes?

Perante a análise dos dados apurados através das entrevistas realizadas, parece ser de concluir que existirão constrangimentos no acesso aos cuidados de saúde prestados pelo HDS.

De acordo com as respostas obtidas em sede de entrevistas, são apontados constrangimentos diretamente relacionados com o aumento de despesa privada com cuidados de saúde, por parte dos utentes, em particular com o aumento das taxas moderadoras e com as alterações no transporte não urgente de doentes, fatores apontados como potenciadores da redução da acessibilidade de doentes a determinados tratamentos e serviços prestados pelo HDS, nomeadamente de Medicina Física e de Reabilitação, consulta externa e MCDT, como referido expressamente por vários entrevistados, nomeadamente nas entrevistas A, B, C, E e H.

Também é mencionado (em particular nas entrevistas A, C, E, F, G e H) o facto de existir menor capacidade de resposta do HDS à procura em algumas áreas, por dificuldades acrescidas na substituição de recursos humanos, atendendo à saída de médicos, enfermeiros e outros profissionais por motivo de aposentação, gravidez, licenças de parentalidade, rescisão ou caducidade de contratos de trabalho.

É igualmente mencionada a redução do valor/hora pago por trabalho extraordinário aos colaboradores, factor desmotivador das mesmas, assim como a redução dos honorários e avenças pagos a prestadores externos e que levam a menor capacidade de resposta às necessidades de cobertura dos serviços clínicos, dificultando a resposta atempada às necessidades dos utentes.

O funcionamento do HDS, tendo por base a opinião manifestada por vários dos entrevistados, foi afetado pela redução do seu próprio financiamento e pela necessidade

ou imposição de contenção de despesas, que se concretizou nas dificuldades de contratação de pessoal.

Essas dificuldades refletem-se, de acordo com a opinião manifestada pelos entrevistados, na capacidade de resposta sempre que é necessário substituir pessoal, como é referido nomeadamente pelo entrevistado C, quando afirma: “se eu não posso contratar anestesistas aos preços de 2010 ou de 2011 tenho que fechar blocos, portanto o acesso à cirurgia fica diminuído (...)”; ou pelo entrevistado E quando nos diz: “Temos dificuldade na contratação e substituição de pessoas (...). Quando temos enfermeiras principalmente grávidas, para conseguir fazer a sua substituição (...) o processo burocrático é tão pesado que às vezes quando chega a resposta já temos a pessoa de volta”.

Relativamente às questões complementares:

- O regulador do setor da saúde é tido como um interveniente relevante no setor hospitalar público, na atual conjuntura de aplicação do MdE?
- A atuação do regulador do setor da saúde é tida como importante para obviar aos constrangimentos provocados pelo MdE?

Da análise dos dados recolhidos através das entrevistas realizadas, parece ser de concluir que, no HDS, não é atribuído relevo à atividade desempenhada pela ERS.

De facto, da pluralidade de respostas obtidas pode-se inferir que os entrevistados não consideram a ERS como um interveniente a ter em conta na atual conjuntura de aplicação do MdE, sendo, para vários dos entrevistados, mais um de muitos organismos públicos que atuam no setor da saúde.

É aliás referida a sobreposição de competências e atuações entre vários organismos do Ministério da Saúde e a ERS, de onde se retira de uma das entrevistas (neste caso a C): “Eu sei que houve aí uns relatórios mas agora de repente não sou capaz de lhe dizer, é assim, entre a ERS e a IGAS há aí algumas coisas que não sei dizer qual é qual.” Ou ainda, da entrevista E: “A Direção Geral da Saúde, a IGAS, a ACSS, é muita gente ao barulho e há áreas de sobreposição, há trabalho feito sobre qualidade na Entidade Reguladora da Saúde que se calhar devia estar na Direção Geral da Saúde”.

Os entrevistados foram unânimes ao menorizar o papel da ERS no HDS, quer na sua atuação na atual situação de crise, quer na sua atividade global no setor público hospitalar, obtendo-se respostas como “A ERS não regula nada, a ERS monitoriza, avalia, emite pareceres” (entrevista B), ou “Tem sido muito, muito débil” (entrevista D), quando questionados sobre o papel e a atuação da ERS no HDS.

Podemos assim retirar que à ERS é atribuído, pelos entrevistados, de uma forma genérica, um papel de elaboração de relatórios sobre listas de espera e estudos, não sendo conhecida nenhuma intervenção nos anos 2011 e 2012, no HDS, para além do pedido periódico de dados e de informações relativas a utentes.

Tendo por base a opinião manifestada pelos entrevistados, a ERS não é vista como um interveniente relevante no HDS, sendo a sua atividade tida como redundante ou sobreposta à atividade de outros organismos, não sendo a sua atuação considerada como importante para minimizar os constrangimentos sentidos em resultado da aplicação do MdE.

9.2 - Hipóteses

Relativamente à hipótese 1 e respetivas sub hipóteses⁴⁷, conclui-se pelas respostas obtidas nas entrevistas, que as medidas introduzidas pelo MdE reduziram o financiamento do HDS, obrigando a uma gestão mais focada na redução e contenção de custos.

Há também alteração no quadro remuneratório do pessoal, desmotivadora da produção, como referido nomeadamente pelo entrevistado A quando afirma que: “(...) há todo um quadro remuneratório ligado (...) à produção que se tornou pouco atrativo quer pelo facto da tributação ser muito alta, quer seja porque, digamos, os prémios em termos de

⁴⁷ Hipótese 1: As alterações provocadas pelo MdE ao nível do financiamento dos hospitais levaram a ajustamentos do lado da oferta de cuidados de saúde hospitalares públicos.

Sub-hipótese 1a): Face ao MdE verificou-se redução da produção e de recursos humanos.

Sub hipótese 1b): As medidas incluídas no MdE provocaram alterações ao funcionamento interno e das rotinas das instituições hospitalares (manutenção de equipamentos; contratação de efetivos, fornecimentos aos serviços, fornecimento de medicamentos em ambulatório, aquisições, etc.).

Sub-hipótese 1c): A aplicação das medidas do MdE levaram à implementação de uma nova organização da estrutura hospitalar.

atividade sejam muito baixos e portanto há aqui um pouco uma desmotivação e um desinteresse em participar nestes programas (...).”

Nas palavras do entrevistado C: “na atual conjuntura, de facto, (...) pelas dificuldades do Estado em assegurar o financiamento do SNS e outras áreas além do SNS, assiste-se a um certo plafonamento, isto é, assiste-se a uma procura e uma tentativa de colocar debaixo de um orçamento o máximo de atividade possível e nesse sentido há uma limitação de facto”, o que indicia que o financiamento mais restritivo do HDS implica maiores dificuldades na manutenção dos níveis de resposta à procura e uma limitação efetiva na prestação de cuidados por parte da instituição em causa.

A acessibilidade dos utentes ao HDS terá sofrido ajustamentos, confirmado nas palavras do entrevistado C: “houve uma perda de acessibilidade, porque se eu tenho menos técnicos disponíveis não posso fazer as consultas” ou ainda, segundo o mesmo entrevistado: “Se eu não posso contratar anestesistas aos preços de 2010 ou de 2011 tenho que fechar blocos, portanto o acesso à cirurgia fica diminuído (...)”.

Relativamente à capacidade instalada, verificou-se a redução de camas no HDS entre 2011 e 2012, o que implica objetivamente um ajustamento do lado da oferta. Os indicadores de produção apresentados demonstram uma redução de doentes saídos⁴⁸, com uma substancial redução da produção na área cirúrgica e na Consulta Externa. No entanto, por outro lado, outras áreas de atividade, como o Hospital de Dia e alguns MCDT, aumentaram a sua produção.

Das entrevistas e dos dados de produção facultados, retira-se existir um ajustamento na atividade do HDS entre 2011 e 2012, com a respetiva atividade a aumentar ou a diminuir em áreas específicas, de acordo com a capacidade instalada e recursos humanos disponíveis. A diminuição de camas, por si só (menos 10 em 2012 face a 2011), implicou objetivamente a redução da capacidade instalada ao nível da capacidade de internamento de doentes.

⁴⁸ Doentes que tiveram alta do internamento (por alta clínica, falecimento ou transferência para outra unidade hospitalar).

A redução significativa do número de cirurgias, com reduções na ordem dos 16% na cirurgia convencional em 2012 face a 2011, é exemplo desse ajustamento, assim como as oscilações mencionadas, nomeadamente nos MCDT, indiciam, por outro lado, serem resultado de alteração de práticas no HDS. Como exemplo, é referido pelo entrevistado H: “implementamos também aqui a Autoimunidade que era toda para o exterior e que agora é toda feita cá com reduções drásticas, mas (...) a nós pediram-nos que reduzíssemos a produção ao nível de Meios Complementares”.

No entanto, foi a redução de recursos humanos o fator apontado como a principal razão para o aumento das dificuldades de resposta do HDS, segundo vários entrevistados, nomeadamente o entrevistado E, que afirma: “temos dificuldade na contratação e substituição de pessoas” ou nas palavras do entrevistado G: “tem havido muitos profissionais de saúde que por motivos de aposentação (...) ou outros profissionais por rescisão de contrato, têm-se ausentado e tem sido difícil porque o número de profissionais baixou e (...) não foram substituídos”.

As medidas de contenção de despesa e as dificuldades no financiamento, que entroncam no MdE, resultaram em algumas alterações das rotinas (entrevistados A e E), sendo que a maioria dos entrevistados considera como principal dificuldade a substituição de pessoal.

Foi também mencionada, nomeadamente pelos entrevistados C e I, a redução de atividade, nomeadamente cirúrgica, por dificuldades financeiras para aquisição de material e medicamentos ou por necessidade de acomodar essas aquisições ao orçamento vigente.

Relativamente à estrutura de funcionamento do HDS, os elementos apurados não indiciam alterações significativas em 2011 ou 2012, mantendo-se a sua estrutura organizacional estável, como é referido pelo entrevistado C: “O serviço prestado, os serviços médicos são equivalentes”.

Relativamente à hipótese 2⁴⁹, foi referida a intervenção da ERS no controlo e monitorização das listas de espera de doentes, no entanto constata-se que a ERS não é considerada nem tida como relevante no HDS, não sendo atribuído qualquer papel de destaque à ERS no âmbito do MdE pelos entrevistados, nomeadamente nas palavras do entrevistado B: “a ERS não regula nada, a ERS monitoriza, avalia, emite pareceres”, ou segundo o entrevistado D que afirma: “tem sido muito, muito débil” quando questionado sobre o papel da ERS no HDS.

Relativamente ao funcionamento do HDS, das entrevistas retira-se que não é sentido qualquer condicionalismo resultante da ERS, nem é percecionada qualquer vantagem ou mais-valia pela sua existência e funcionamento.

9.3 – Linhas de futura investigação

O presente estudo de caso procurou analisar os impactos do MdE e a perceção do papel da ERS num hospital público, através da entrevista dos responsáveis pela gestão de um hospital do SNS, o Hospital Distrital de Santarém, EPE.

Verificamos que muitas questões podem ser colocadas e várias áreas de investigação são merecedoras de atenção neste campo, nomeadamente relativas ao papel e atuação da ERS ou o impacto do MdE no acesso dos utentes aos serviços públicos de saúde, pelo que tomamos a liberdade de apontar algumas pistas para futuras investigações.

A avaliação do impacto do MdE nos cuidados de saúde e na acessibilidade dos utentes aos mesmos é algo de fundamental para compreender a forma como o SNS foi alvo de transformações nos últimos anos. Tal como no setor hospitalar, os cuidados de saúde primários sofreram alterações resultantes do MdE, abrindo campo para estudo dos impactos resultantes da sua aplicação nesta área, que poderão contribuir para melhor compreender a evolução do SNS durante a aplicação do MdE.

⁴⁹ Hipótese 2: A ERS tem tido, ao longo da aplicação das medidas do MdE, um papel ativo e dinâmico junto das instituições de saúde?

A avaliação do papel da ERS nos serviços públicos de saúde é também uma área de estudo que entendemos poder ser aprofundada, atendendo a que o presente estudo indicia que o papel da ERS será pouco interventivo ou pouco valorizado nos hospitais públicos. A existência de um regulador específico, cujo papel é pouco reconhecido por aqueles que são os principais intervenientes no mercado, é algo que merece análise e reflexão.

Também ao nível dos utentes dos serviços públicos de saúde, será interessante o estudo do impacto das medidas tomadas ao abrigo do MdE nos últimos anos, até porque foram indicadas questões económicas para alguma redução da procura de cuidados de saúde ou a não comparência de utentes em consulta ou tratamentos no HDS, podendo este ser um campo relevante de estudo para melhor se compreender o impacto do MdE e das medidas tomadas ao seu abrigo, no setor da saúde e na população portuguesa.

Recentemente têm sido apresentados indícios que apontam para o aumento da taxa de mortalidade em algumas patologias, bem como na mortalidade infantil, invertendo tendências de melhoria com vários anos. Sendo a saúde uma área onde o impacto das políticas é visível, normalmente apenas a médio prazo, será relevante a avaliação da evolução dos indicadores de saúde da população e a sua eventual ligação às medidas tomadas ao abrigo do MdE.

Referências bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Rede hospitalar do SNS*. Acedido em 20 de fevereiro de 2013, em: <http://www.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=318&language=pt-PT>
- Amaral, D. F. (1992). *Curso de direito administrativo* (Vol. 1). Coimbra: Livraria Almedina.
- American Psychological Association (2008). *Manual de estilo da APA. Regras básicas: versão concisa do guia oficial de estilo da American Psychological Association*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. 6th ed. Washington: APA.
- Arreigoso, V. (2012, 2 de junho). Serviços encerrados em 26 hospitais públicos. *Expresso*, pp. 18-19.
- Assembleia da República. (s.d.). *Constituição da República Portuguesa*. Acedido em 15 de maio de 2013, em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
- Banco de Portugal. (2013). *Portugal: programa de assistência financeira EU/FMI: 2011-2014*. Acedido em 22 de maio de 2013, em: http://www.bportugal.pt/pt-PT/OBancoeoEurosistema/ProgramaApoioEconomicoFinanceiro/Documents/Brochura_pt.pdf
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (Reimpressão da 4ª edição revista e actualizada de 2009). Lisboa: Edições 70, Lda.
- Bilhim, J. (2008). *Ciência da administração* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Universidade Aberta.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da saúde, o fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina S.A.
- Campos, A. (2012, 26 de junho). Doentes esperam cada vez mais tempo por consultas nos hospitais. *Público*. Acedido em 26 de junho de 2012, em:

<http://www.publico.pt/Sociedade/hospitais-publicos-estao-a-demorar-mais-tempo-nas-consultas-e-cirurgias-1552065>

Caupers, J. (1998). *Direito administrativo* (3ª ed.). Lisboa: Editorial Noticias.

Comissão Europeia - Eurostat. (s.d.). *Eurostat*. (C. Europeia) Acedido em 4 de fevereiro de 2014, em: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00046&plugin=1>

Decreto-lei n.º 558/99, de 17 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de agosto. (23 de agosto de 2007). *Diário da República n.º 162 - I Série A*. Ministério das Finanças. 5630-5642.

Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro. (10 de dezembro de 2003). *Diário da República n.º 284 - I Série A*. Ministério da Saúde. 8329-8338.

Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro. (29 de dezembro de 2011). *Diário da República n.º 249 - I Série*. Ministério da Saúde. 5491-5498.

Decreto-Lei n.º 46/2012, de 24 de fevereiro. (24 de fevereiro de 2012). *Diário da República n.º 40 - I Série*. Ministério da Saúde. 884-890.

Entidade Reguladora da Saúde. (31 de março de 2010). *Relatório de actividades de 2010*. Acedido em 20 de abril de 2012, em: <http://www.ers.pt/>

FMI. (2011a). *Portugal: first review under the extended arrangement*. Acedido em 8 de janeiro de 2013, em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2011/cr11279.pdf>

FMI. (2011b). *Portugal: second review under the extended arrangement*. Acedido em 8 de janeiro de 2013, em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2011/cr11363.pdf>

FMI. (2012a). *Portugal: third review under the extended arrangement*. Acedido em 8 de janeiro de 2013, em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2012/cr1277.pdf>

FMI. (2012b). *Portugal: fourth review under the extended arrangement*. Acedido em 8 de janeiro de 2013, em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2012/cr12179.pdf>

- FMI. (2012c). *Portugal: fifth review under the extended arrangement*. Acedido em 8 de janeiro de 2013, em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2012/cr12292.pdf>
- FMI. (2012d). *Portugal: sixth review under the extended arrangement*. Acedido em 15 de abril de 2013, em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2013/cr1318.pdf>
- FMI, BCE, CE, Portugal. (2011). *Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality*. Acedido em 8 de janeiro de 2013, em: <http://www.imf.org/external/np/loi/2011/prt/051711.pdf>
- Gabinete de Informação para a Gestão do Hospital Distrital de Santarém. (2013a). *Actividade assistencial - Análise comparativa 2012/2011*.
- Gabinete de Informação para a Gestão do Hospital Distrital de Santarém. (2013b). *Indicadores Gerais de RH*.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). São Paulo, Brasil: Atlas S.A.
- Gorjão-Henriques, M. (2011). *Tratado de Lisboa*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Governo de Portugal. (2013). *Governo de Portugal*. Acedido em 22 de outubro de 2013, em: <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/primeiro-ministro/secretarios-de-estado/secretario-de-estado-adjunto-do-primeiro-ministro/documentos-oficiais/memorandos.aspx>
- Hantke-Domas, M. (março de 2003). The public interest theory of regulation: Non-existence or misinterpretation? *European Journal of Law and Economics*, 15, 165-194.
- Hood, C. (primavera de 1991). A Public management for all seasons. *Public Administration*, 69, 3-19.
- Hospital Distrital de Santarém. (2013). *Hospital Distrital de Santarém, EPE*. Acedido em 8 de março de 2013, de www.hds.min-saude.pt: <http://www.hds.min-saude.pt/Homepage>

- Jornal de Noticias. (2004, 30 de julho). *Sampaio quer ERS a funcionar em pleno*. Acedido em 10 de outubro de 2012, em: http://www.jn.pt/PaginaInicial/Interior.aspx?content_id=453218
- Jornal de Noticias. (2012, 10 de maio). *Urgências hospitalares e atendimentos nos centros de saúde diminuíram*. Acedido em 10 de maio de 2012, em: http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Saude/Interior.aspx?content_id=2510894
- Lei nº 19/2012, de 8 de maio. (8 de maio de 2012). *Diário da República nº 89 - I Série*. Assembleia da República. 2404-2427.
- Lei de Bases da Saúde. (24 de agosto de 1990). *Diário da República nº 195 - I Série A*. Assembleia da República. 3452-3459.
- Majone, G. (maio de 1997). From the positive to the regulatory state: Causes and consequences in the mode of governance. *Journal of Public Policy*, 17, 139-167.
- Marques, R. C. (2005). *Regulação de serviços públicos*. Lisboa: Edições Sílaboa, Lda.
- Mateus, A. (13 de janeiro de 2006). *Ordem dos Advogados Portugueses*. Acedido em 18 de janeiro de 2012, em: http://www.oa.pt/Conteudos/Artigos/detalhe_artigo.aspx?idc=31559&idsc=54103&ida=54128
- Moreira, V. (1997). *Auto-regulação profissional e a administração pública*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Nunes, R. (2009). *Regulação da saúde* (2ª ed.). Porto, Portugal: Vida Económica - Editorial, S.A.
- Observatório das Desigualdades. (2010). *Observatório das Desigualdades*. (ISCTE, Editor) Acedido em 4 de fevereiro de 2014, em: <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=indicators&id=72&lang=pt>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde . (2011). *Relatório de primavera 2011- Da depressão da crise para a gestão prospectiva da saúde*. Observatório Português do Sistema de Saúde. Lisboa: OPSS. Acedido em 5 de agosto de 2013, em: <http://www.observaport.org/rp2011>

- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2012). *Relatório de primavera 2012 - Crise & saúde, um país em sofrimento*. Observatório Português do Sistema de Saúde. Lisboa: OPSS. Acedido em 5 de agosto de 2013, em: <http://www.observaport.org/rp2012>
- Observatório Português do Sistema de Saúde. (2013). *Relatório de primavera 2013 - Duas faces da saúde*. Observatório Português do Sistema de Saúde. Lisboa: OPSS. Acedido em 8 de outubro de 2013, em: <http://www.observaport.org/rp2013>
- OCDE. (2010). Health system priorities when money is tight. *OECD Health ministerial meeting* (p. 20). Paris: OCDE.
- OCDE. (2012). *Health at a glance 2012*. (O. Publishing, Ed.) Acedido em 4 de fevereiro de 2014, em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>
- OCDE. (2013). *Health at a glance 2013*. (O. Publishing, Ed.) Acedido em 4 de fevereiro de 2014, em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- Portaria n.º 183/2006, de 22 de fevereiro. (22 de fevereiro de 2006). *Diário da República n.º 38 – I Série B*. Ministério da Saúde. 1430-1447.
- Posner, R. (1974). Theories of economic regulation. *The Bell Journal of Economics and Management Science*, 5, 335-358.
- Priberam. (setembro de 2014). *Nova ortografia: como usar*. Acedido em 18 de abril de 2014, em <http://www.priberam.pt/docs/NovaOrtografia.pdf>
- Rocha, J. A. (2011). *Gestão pública teorias, modelos e prática*. Lisboa: Escolar Editora.
- Rodrigues, E. R. (2007). O paradigma político da União Europeia e os serviços de interesse económico geral: um desafio à criatividade concorrencial dos estados. *Revista Portuguesa de Management*, N.º 1, 31 - 48.
- Rodrigues, E. R. (2008). *Políticas públicas de promoção da concorrência*. Lisboa: ISCSP.

- Rodrigues, E. R. (2010). *Instituições e políticas de regulação*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Silvestre, H. C. (2010). *Gestão pública, modelos de prestação no serviço público*. Lisboa: Escolar Editora.
- Silvestre, H. C., & Araújo, J. F. (2012). *Metodologia para a investigação social*. (J. Costa, Ed.) Lisboa: Escolar Editora.
- Sousa, M. R., & Matos, A. S. (2010). *Direito administrativo geral* (2ª ed., Vol. 3). Alfragide: Publicações Dom Quixote.
- Stigler, G. (1971). The theory of economic regulation. *The Bell Journal of Economics and Management Science*, 2, 3-21.
- Tribunal de Contas. (2011). *Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação de preços pagos às unidades hospitalares do serviço nacional de saúde*. Lisboa: Tribunal de Contas. Acedido em 22 de junho de 2012, em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2011/2s/audit-dgtr-rel030-2011-2s.pdf
- World Health Organization. (2010). *Portugal health system performance assessment*. WHO. Copenhagen: World Health Organization.
- Yin, R. K. (2009). *Estudo de caso - Planejamento e métodos* (5ª ed.). São Paulo, Brasil: Artemed, Editora S.A.

Anexos

Anexo I – Carta ao HDS para realização do estudo de caso

Exmo. Senhor Presidente
do Conselho de Administração do Hospital
Distrital de Santarém
Avenida Bernardo Santarém,
2005-177 Santarém

António J. B. Rufina
04/07/2013
H.D.S.
Conselho de Administração
Dr. José José, Presidente
Dr. J. Vaz Rico, Vog. Executivo
Dr. Maria Lopes, Vog. Diretora Clínica
En.ª Ilda Veiga, Enfermeira Diretora

2 de Julho de 2013

Assunto: Realização de dissertação de mestrado.

Exmo Senhor Presidente do Conselho de Administração,

Na qualidade de mestrando do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCP) da Universidade Técnica de Lisboa, encontro-me a realizar um estudo sobre o impacto do Memorando de Entendimento na Regulação em Saúde, sob a orientação do Prof. Doutor Eduardo Rodríguez, Professor Associado com agregação, do ISCSP/UTL, agora Universidade de Lisboa.

Este tema, estando ainda em desenvolvimento na medida que Portugal continua sob um pacote de resgate financeiro, reveste-se de um conjunto de medidas com impacto directo no acesso à Saúde sendo, por isso de interesse genérico quer para os actores do sector quer para o ISCSP.

Nesse sentido gostaria de desenvolver um estudo de caso no Hospital Distrital de Santarém, com recurso aos dados públicos de produção de 2011 e 2012, bem como através de entrevistas aos membros do Conselho de Administração e aos profissionais responsáveis pelo acompanhamento da produção e Admissão de Doentes.

Venho assim pelo presente solicitar autorização a V. Exa. para desenvolver o estudo no Hospital Distrital de Santarém, bem como convidar V. Ex.ª e o órgão que superiormente preside a participar neste estudo através da realização duma entrevista cuja duração não deverá ultrapassar 30 minutos. Naturalmente, todas as informações a fornecer serão estritamente confidenciais, ficando os resultados disponíveis para o caso de pretender acompanhar o desenvolvimento deste trabalho.

De forma a racionalizar os custos e tempo de transporte gostaria, se possível, que me facultasse uma data para me deslocar ao Hospital Distrital de Santarém, tomando a liberdade de propor a semana de 15 a 19 de Julho próximo.

Agradecendo mais uma vez a sua colaboração, coloco-me inteiramente à sua disposição para que me contacte directamente (email: palmeida351@gmail.com ou Tlm.: 962801988). Para o esclarecimento de qualquer dúvida poderá também, se assim o entender, contactar o Prof. Eduardo Rodrigues (email: erlr48@gmail.com) para esclarecimentos adicionais.

Com os melhores cumprimentos,

P. Almeida
Pedro Almeida

Anexo II – Relação de entrevistados

- Dr. José Josué – Presidente do Conselho de Administração.
- Dr. João Vaz Rico – Vogal Executivo do Conselho de Administração.
- Dr.^a Maria Lopes – Diretora Clínica, vogal do Conselho de Administração.
- Enf.^a Ilda Veiga – Enfermeira Diretora, vogal do Conselho de Administração.
- Dr. Pedro Marques – Administrador Hospitalar, Assessor do Conselho de Administração e responsável pelo Gabinete de Controlo de Gestão.
- Dr. Carlos Henriques – Auditor interno e assessor do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental;
- Dr.^a Carla Lince – Administradora Hospitalar, Gestora do Serviço de Gestão de Doentes
- Dr.^a Ana Bento – Técnica Superior, Gestora do Departamento de Medicina.
- Dr.^a Marta Bacelar – Técnica Superior, Gestora do Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Anexo III - Guião das entrevistas

1. Quem define os objetivos da instituição? Existe por parte dos colaboradores uma participação ativa nessa definição?
2. A tutela impõe objetivos e metas à instituição? Há um processo realmente negocial em que ambas as partes cedem e conquistam objetivos?
3. Na negociação do contrato-programa anual, a tutela condiciona a capacidade negocial da instituição através do controlo do financiamento ou imposição de metas?
4. O serviço prestado pela instituição piorou ou melhorou qualitativamente entre 2011 e 2012?
5. Há pressão por parte da tutela para reduzir custos, mesmo sacrificando a produção e o acesso dos utentes?
6. Face a 2011, o acesso aos cuidados de saúde na instituição é mais difícil?
7. Há redução da procura por motivos económicos? Aumentou o nº de doentes que não vêm à instituição, por motivos económicos?
8. O aumento das taxas moderadoras reduziram o nº de utentes? Em que serviços? Associa de alguma forma a redução da produção com o aumento das taxas moderadoras?
9. As alterações no transporte de doentes reduziu o nº de utentes?
10. A redução de custos impôs a redução da prestação? E da qualidade?
11. As medidas introduzidas pela tutela em 2011 e 2012, provocaram dificuldades acrescidas ao funcionamento da instituição? Em que medida?
12. Há fuga de utentes do público para o privado? E o contrário?
13. Conhece as medidas previstas no MdE para a Saúde? As mesmas têm sido dadas a conhecer aos colaboradores da instituição ou discutidas internamente?
14. Qual o impacto do MdE e das medidas tomadas ao seu abrigo no funcionamento da instituição?
15. O MdE provocou a redução de atividade ou a alteração de atividade assistenciais na instituição? Que especialidades se ressentiram mais?
16. A atividade assistencial é prejudicada por medidas de racionamento ou por imposições com base no MdE?
17. O acesso à Saúde na instituição alterou-se com o MdE, entre 2011 e 2012? Para melhor, pior, ou está igual?
18. Atribui ao MdE algum ou alguns problemas no funcionamento da instituição? Quais?
19. A Entidade Reguladora da Saúde solicita dados para avaliação dos direitos de acesso dos utentes?
20. A ERS atuou na instituição em 2012? Em que atividade?
21. O papel da ERS é relevante na instituição para garantir os direitos dos utentes ao acesso a cuidados de saúde com qualidade?
22. A instituição tem o seu funcionamento condicionado pela atividade da ERS?
23. A ERS tem ou apresentou alguma mais-valia para a instituição?
24. A atividade da ERS é semelhante à de outros organismos com competências de fiscalização do MS, como a IGAS?
25. A ERS emitiu alguma orientação ou instaurou algum processo à instituição, em 2011 ou 2012, relacionada com a qualidade ou acessibilidade dos cuidados de saúde?
26. A ERS tem atuado na instituição de forma a minorar eventuais impactos negativos do MdE?
27. A ERS tem atuado na instituição em 2011 ou 2012, para defesa da qualidade nos cuidados de saúde? E para defesa da acessibilidade aos mesmos? E para promoção da concorrência?

Anexo IV - Transcrição das entrevistas

15 julho 2013 - Hospital Distrital de Santarém

Entrevistado A

1. Quem define os objetivos é em sede de discussão do contrato programa. Digamos que é entre o conselho de Administração e a ARS, a respetiva ARS. É evidente que a ARS tem sempre um peso, digamos, maior, ascendente, maior peso negocial mas pronto, há ali um acordo em termos de objetivos assistenciais. Alguns colaboradores, portanto os diretores de serviço são auscultados, pelo menos são informados, digamos, de quais são as quantidades, os objetivos, as metas e depois há sempre alguma margem pelo menos em algumas áreas, para haver discussão. Noutras, se calhar a margem é, é escassa.
2. Sim. Há pontos que não são discutíveis. Em certas matérias é isto e acabou. Noutras, pronto, há aceitação, há, digamos, alguma flexibilidade.
3. Sim, há um orçamento que tem que ser respeitado, ou pelo menos deve ser respeitado. Logo aí há um teto, um plafonamento digamos assim, de financiamento e acaba por ser da atividade.
4. Em alguns aspetos acho que piorou, noutros acho que melhorou. Há, há hoje em dia há mais, há mais informatização dos serviços, o que eu acho q é de facto uma, um ganho muito grande porque dá conhecimento mais detalhado. Noutras áreas, houve algum desinvestimento, houve um, digamos, alguma necessidade em cortar custos e isso acaba sempre de alguma maneira, nem que seja nas manutenções, digamos, algumas manutenções abdicar ou digamos, espaçar, há esses aspetos que é evidente deterioram um pouco a qualidade dos serviços.
5. Ninguém te proíbe de ver os doentes, o problema é digamos, os recursos são são escassos e às vezes há alguma dificuldade em conseguir alocar recursos. Há uma monitorização, pressão pressão não houve mas há um acompanhamento próximo, digamos, será uma forma mais eufemista de dizer a coisa, portanto não há uma pressão expressa mas é evidente que há um acompanhamento muito próximo e que vai sempre alertando que as coisas não estão a correr como deveriam tår a correr.
6. É assim, é um bocadinho, como hei-de dizer? A perceção que eu tenho é que há áreas em que se conseguiu assegurar, há outras que porventura, digamos a acessibilidade piorou um bocadinho. Em termos de urgência, em termos de urgência conseguiste, pronto há picos, mas sim conseguiste alguma redução, há disponibilidade. Em termos se calhar da parte da consulta e da parte das cirurgias se calhar pioramos um bocadinho. Portanto há aqui áreas que se mantiveram e áreas que se calhar piorou-se um bocadinho, com certas especialidades. Pronto, acho que não é, não se pode dizer que tudo piorou ou tudo melhorou, a parte programada, a parte cirúrgica, o ambulatório acho q se calhar, quando digo ambulatório programado, se calhar piorou um bocadinho. A parte da urgência eu penso que continuamos a dar resposta.
7. Eu não diria tanto. Há mais dificuldade, mas quando é necessário vêm na mesma.
8. Humm, não penso, penso, eu acho que as taxas numa fase inicial tiveram alguma, alguma influência, as pessoas andaram aí um pouco preocupadas mas neste momento acho que não é significativo. É evidente que é sempre um obstáculo não é? O pagamento de uma taxa é sempre um obstáculo e quanto maior for o valor maior será o obstáculo, mas em termos de afluência não, não creio que isso tenha afetado.
9. É assim, eu não tenho notado isso em termos estatísticos mas há alguns comentários de enfermeiros e de técnicos que dizem que sim, que há pessoas que não vêm porque não têm transporte. Se calhar serão situações mais ou menos pontuais, não vou dizer que serão a regra mas haverá situações de sim, de pessoas, sei lá, das fisioterapias e coisas assim desse género, são tratamentos longos e que têm, pronto, têm muitas deslocações. Porventura haverá pessoas que não, que não concluem ou não fazem a totalidade.

10. e
11. Há, então a partir do momento em que os valores hora dos profissionais baixa, em que há digamos limites para pagar, digamos, aos recursos humanos e não só, é evidente que torna-se mais difícil a contratação de pessoal. Quem estava habituado a trabalhar um valor vir trabalhar por metade ou quase metade não facilita a contratação de pessoal, mas pronto, também se criou aqui um conjunto de regras que são nacionais e portanto acabam todos mais ou menos por ter que respeitar, penso que isso é positivo.
12. Eu, eu acho que a haver, eu até assumo que sim que haja, isso tem a ver com o valor das taxas moderadoras e eu explico porquê: tudo o que é subsistemas que estão ligados ao Estado neste momento não têm grande interesse em vir aos hospitais públicos, e porquê? Porque pronto, vêm a uma urgência se tiverem que pagar taxas moderadoras pagam quase 20€ só da urgência e mais outro tanto do que lá fizerem, se fizerem, até ao montante de 50€ ou 40 €, portanto há um teto também a partir do qual não se pode pagar mais, mas uma pessoa que esteja, digamos, doente e que venha à urgência e faça umas análises paga isso. Se for a um médico privado tem a convenção, sai mais barato e sempre pode escolher o médico e sempre pode, portanto acaba por haver aqui digamos, um conjunto de circunstâncias que eu acho, pelo menos para os beneficiários da ADSE, que era uma das fatias dos nossos doentes, passa a ter vantagem, digamos, a ir convencioneados, prestados de saúde convencioneados. Como ela sempre existiu, quer dizer, nós não notámos, isso acontece quando os hospitais privados não têm capacidade ou não têm interesse, já vêm, não é agora que vão passar a vir porque eles sempre vieram. Não sei se vêm mais ou menos porque quando entram aqui entram como os outros. Sempre houve transferência de doentes e portanto, presumo que continuará a existir principalmente de doentes que sejam pouco atrativos em termos económicos.
13. Não conheço detalhadamente, não. Não houve essa discussão.
14. É simples, as medidas é a redução das camas hospitalares, mas não é uma matéria que seja divulgada internamente.
15. Sim sim, sempre se apregooou a eliminação das redundâncias e de serviços que acabam por estar sobrepostos, não sei até que ponto isso, algum dia vai avançar, mas não eu pelo menos não tenho essa noção que haja divulgação ou que haja muito, muita discussão entre os funcionários. A quebra da atividade assistencial, eu penso que em algumas áreas tem a ver com haver poucos doentes, não há, há aí áreas que não, a medicina interna na consulta não tem doentes portanto, na medicina interna são os que entram pela urgência e depois em termos de ambulatório programado ele têm pouca coisa, é os seguimentos, follow ups, acompanhamentos dos doentes, mas são consultas que têm pouca, pouca afluência. E há outras especialidades, falei agora no caso da medicina interna, mas há outras especialidades que não têm muitos doentes. Em relação à quebra de atividade eu tenho a impressão que tem a ver com, digamos, não há programas nacionais até à data, que sempre ajudava a aumentar a atividade e por outro lado, também digamos não tem havido, tem havido uma tentativa de assegurar a urgência principalmente, havendo muitas vezes digamos que em termos de atividade programada alguma penalização.
16. Ó Pedro é assim, a ideia que eu tenho é porque as condições, não sei se é por causa do memorando se é por causa das condições digamos económicas e sociais que o país atravessa, o que eu sei é q as regras são mais exigentes, os preços e os valores menos atrativos, portanto há aqui um conjunto de regras que são obrigatórias e depois há todo um quadro remuneratório ligado digamos, à produção que se tornou pouco atrativo quer pelo facto da tributação ser muito alta, quer seja porque digamos os prémios em termos de atividade sejam muito baixos e portanto há aqui um pouco uma desmotivação e um desinteresse em participar nestes programas porque ao fim e ao cabo como a historia dos medicamentos, como os medicamentos baixaram muito depressa aquilo chegou a um ponto em que certos medicamentos não há interesse em comercializar, por isso venha quem quiser comercialize porque com aquela margem estamos a trabalhar para aquecer. E é um pouco por isso que acontece, os médicos não têm muito interesse agora em fazer muitos bancos de urgência porque são altamente penalizados em termos

- tributários e depois não é só isso, é q o valor hora é baixo, o valor peça é baixo, é baixo comparado com o que já se praticou. É um conjunto de alterações.
17. É assim, em termos de urgência acho que não, pronto aí procuramos manter tudo. Em termos da área de ambulatório é assim, há médicos que se reformaram, há médicos que têm menos disponibilidade, há mais dificuldade em contratar médicos, médicos e quando digo médicos digo técnicos em geral. E portanto nessa área houve algumas áreas que se ressentiram, pronto, consequência das saídas e não reposições dessas mesmas saídas e penso que aí o hospital ficou um pouco mais pobre, digamos, nalgumas especialidades. Agora em termos daquilo que existe ou que se manteve, eu penso que é assim não há alteração. Há se calhar um pouco mais de demora. A cultura é manter, pelo menos neste aqui ainda se mantém.
 18. É pá, é assim, sei lá, tenho alguma dificuldade, é evidente que estas últimas alterações têm, têm mudado alguma coisa. A lei dos compromissos é uma das que tem mudado, pronto, deixamos de ter a possibilidade, digamos, de ter o crédito de fornecedores que tínhamos para financiar a atividade, e portanto isso coloca-nos grandes dificuldades em termos de aquisição de material. Mas a lei de compromissos não é originária, não é consequência do pacto de estabilidade e crescimento e de todas estas medidas da troika mas está tudo ligado. Isto já é um problema que vem de trás, esse é um das questões que nos tem perturbado um bocado em termos operacionais com algumas roturas, dificuldades em comprar.
 19. É pá, temos relatórios, penso que há um relatório de acesso que é da Entidade Reguladora da Saúde que é enviado em termos de cumprimento de tempos médios, temos máximos garantidos, os TMGR ou lá o que é, sim há algum fluxo de informação.
 20. É assim, eu não tenho conhecimento que tenham estado cá. Estou convencido que o concelho de administração de vez enquanto tem que responder a algumas reclamações que são colocadas e eles vêm pedir esclarecimentos, mas isso tens que falar ali com o concelho de administração porque esse tipo de coisas, eu acho que sim eles fazem algum tipo de acompanhamento porque de vez enquanto vejo aí o Dr. Josué a tentar perceber o que se passou em relação a determinada situação.
 21. É mais uma, uma entidade digamos assim, porque é pá, há várias, há a comissão de utentes aqui de Santarém, depois há o concelho consultivo que representa a comunidade e mais não se quê. Há várias, não são bem figuras. Se funcionar bem e se tiver poder para isso, eu acho que a ideia em si não é má, acho que é uma boa ideia agora depende da independência e autonomia política que tenha, depende digamos das competências que tenha, depende da própria perfil digamos da pessoa ou das pessoas que ocupam aquilo.
 22. Não me tenho apercebido. Mas pronto, eu também admito que é assim, não tenho que ter esse conhecimento, não respondo a essas entidades, isso é ali mais. Desconheço.
 23. Também não identifico nenhum. É pá, sinceramente, aquilo para mim funciona um pouco, digamos, como não é bem uma inspeção mas digamos é uma instituição que virá dar alguns, observações, anotações em relação a algumas situações. Mais do que isso, não tenho conhecimento. Sei lá, de vez enquanto por exemplo pode-se vir discordar sobre uma determinada decisão ou determinado procedimento que o hospital adotou ou outra. Mas digamos, são pelo menos aqueles que eu tenho tido conhecimento são sempre, não vou dizer pedagógicos, mas indicativos. Ao fim ao cabo, o hospital segue se entender seguir, mas não tem sido, não me tenho apercebido que haja outras coisas para além dessas, até pode haver, não faço ideia.
 24. Quer dizer, teoricamente eu acho que sim, a ideia é essa, é a Entidade Reguladora acabar por ter também, digamos, essa função.
 25. Não tenho conhecimento.
 26. Não.
 27. Não tenho conhecimento. Eu sei que eles, se não me falha a memória, solicitam digamos, questionários de satisfação aos utentes, pronto. Eu sei que há algumas intervenções, eu não trabalho nessas áreas mas sei que eles têm algumas intervenções, digamos, no sentido de sugerir, indicar, opinar às vezes até mesmo, digamos, não concordam com determinado processo porque

acham que devia ter sido feito noutro momento ou de outra forma, mas de resto não tenho conhecimento.

15 julho 2013 – Hospital Distrital de Santarém

Entrevistado B

1. Quem define os objetivos é o Conselho de Administração na sequência de um processo negocial com os serviços. Interno.
2. Depois é aferido pelos, enfim, pelos objetivos da tutela e é ajustado aos objetivos que a tutela definir em termos de coiso. Há plafonamento. Há um plafonamento a 100%. Há, há imposições.
3. Sim sim. A tutela tem um plafom financeiro e esse plafom financeiro é traduzido em atividade e daí não se passa. Não há grande relacionamento com o histórico, o histórico nem é referenciado nisso. A base, pronto pronto, com certeza o histórico do ano anterior, é isso não é? Sim, a referência provavelmente a referência em termos de envelope tem a ver com o envelope financeiro da ARS em relação ao ano anterior e com certeza a repartição será também será também em função daquele mas de qualquer modo não sei se há outros critérios porque enfim, o plafonamento é feito. GDH's em termos de atividade assistencial, volume de consultas.
4. A avaliação da qualidade dos serviços prestados tem a ver com os indicadores que se tem ou não se tem, não é, portanto há a qualidade percebida e há a qualidade depois evidenciada. Relativamente à avaliação para 2012 ainda não foi um ano de determinados constrangimentos, pelo menos no hospital de Santarém nem em termos de volume de efetivos nem em termos de atividade assistencial, não não houve grandes diferenças, quer dizer digamos que não houve, aí, ainda não sentiu um grande impacto das medidas de contenção nas despesas no hospital de Santarém. Pronto, repare, não houve, não houve intervenção nos recursos humanos, não houve intervenção na cobertura dos serviços, mantem-se as mesmas, as coberturas das urgências são as mesmas, não houve variação no sentido da diminuição, não, penso por aí não há, em termos daquilo que nós conhecemos que são indicadores nº de reclamações, taxas de reinternamento, não houve grande variação.
5. A pressão existe, existe pressão no sentido de redução contenção de custos mas sem afetar quer quer o acesso quer quer a qualidade dos cuidados, agora essa essa até por por por enfim imposição normativa estamos ao crescimento temos metas em termos de trabalho extraordinário, em termos de trabalho extraordinário, enfim são metas gerais e globais em que se mantém um grande empenho da tutela nisso, não é, em que o feedback é mensal, tem que ser justificado em base não, nesse sentido a pressão existe.
6. Sim sim, tem a ver com as listas de espera. Mantém-se as dificuldades no acesso que se verificavam em 2011. Na lista de espera cirúrgica há algumas especialidades com tempos de espera acrescidos. Na ortopedia, são as do costume, as com o, são as de ortopedia e oftalmologia e otorrino e urologia, isso mantem-se não houve não houve não houve nenhuma variação nesse sentido, não houve variação.
7. Não, não. Há, isso existe, a taxa de faltas a consultas externas aumentou bastante, engraçado verificou-se o decréscimo no último semestre do ano passado do recurso ao serviço de Urgência, mas já já está contrariado pela atividade deste ano, este ano já houve um acréscimo do recurso ao serviço de Urgência que anulou completamente, mas isso verificou-se no segundo semestre do ano passado, no segundo semestre do ano passado reduziu bastante. Mas isso, qual era a questão agora? Tem a ver com? Só motivos económicos, sem mais. Percecionado, as pessoas têm essa percepção. A taxa de faltas às consultas externas cresceu exponencialmente. Mas na urgência, está a ver, aquilo que se pensava ter a ver com condições económicas já está contrariado pela atividade deste ano.

8. Lá está, está ligado com o anterior. Pode ter, pode ter, enfim pode ter efeito que não se pode quantificar. Não, será um conjunto de fatores, não se pode enfim, retirar daí, poderá ter tido o seu peso.
9. Não houve qualquer constrangimento a esse nível, transporte de doentes.
10. A imposição de metas a nível de custos levou a duas coisas. Por um lado uma preocupação acrescida de se comprar melhor e um, enfim, um intensificar do empenho em se comprar melhor nomeadamente através da utilização de uma ferramenta, que é excelente a esse nível que é a Vortal. Diria que 100% das compras se fazem através da Vortal, mas diria que 95% em Santarém se fazem através da Vortal e pronto é um instrumento que também potencia essas economias pela sua utilização acrescida que já era grande, mas também, pronto, passou-se a utilizar em tudo o que é área de recursos humanos, prestações de serviços de profissionais também se utilizava. Mas, qual a pergunta? À, não, não houve qualquer reflexo da redução de custos na prestação. O que se verificou foi uma, como direi pá, diminuiu por exemplo o nível de stockagem, houve pontualmente quebras mas até mais nos fornecedores internacionais, mas isso enfim por razões que não têm a ver com os cortes. Não deixámos de facultar tudo aquilo que os doentes necessitavam ou que é necessário para os doentes por causa das reduções de custos. Vamos lá ver, as medidas de contenção essencialmente no âmbito dos recursos humanos. Vieram criar alguns constrangimentos ao nível da disponibilidade de recursos, porque na perspetiva de... este hospital já tinha uma afetação muito racional, quer dizer, não existiam grandes, grandes grandes margens para racionalizar a afetação de recursos humanos, com certeza que isso é sempre possível mas relativamente a outras situações não havia onde onde limitar, não havia onde onde reduzir despesas com pessoal, a não ser eventualmente na vertente do extraordinário e da cobertura dos serviços nalgumas situações, mas de resto havia muito pouco por reduzir, por exemplo reduzir efetivos, quer dizer não se podem reduzir serviços não é, não se podem fechar camas, taxas de ocupação de noventa e tal por cento, as medicinas a cento e vinte, mas não obstante o fecho de camas o ano passado
11. Em 2011, mas não. Dificuldade e não só. E em cumprir as metas de redução exigidas não é? Porque de facto o ambiente já era um ambiente de alguma contenção e de alguma afetação racional. Quando a afetação não é tão racional e não há tanta contenção é fácil de facto, enfim, apresentar reduções significativas, o que não era o caso.
12. Não, não. Nós temos aqui o efeito, por exemplo, do novo hospital de Vila Franca, não houve qualquer reflexo. As populações estão... nos hospitais não houve qualquer reflexo. Nem ao nível da ginecologia-obstetrícia, que se temia porque as condições hoteleiras de Vila Franca são excelentes.
13. Não, não.
14. Pois, eventualmente através, filtrados pela tutela porque de resto, autonomamente não há aplicação do memorando.
15. Pois, eventualmente pode ter tido efeito através da política da tutela, as medidas definidas e financiamento definido porque diretamente não, o memorando não é nosso instrumento de trabalho de gestão interno.
16. Não há racionamento em sede de atividade assistencial, os doentes têm em 2012, tiveram em 2012 2013 o que tiveram em 2010 2011, com, enfim, alguns ajustamentos, recordo-me que os doentes de infeciologia levavam a sua medicação para 2 meses e agora levam só para um mês. Portanto houve digamos, algumas, umas pequenas intervenções mas nada que afete, continuam a levar a sua medicação. Não houve nenhum racionamento, com tudo o que essa palavra indica. Ninguém deixou de ter aquilo de que necessitava por causa dos constrangimentos financeiros.
17. Não, não há qualquer alteração. Não houve qualquer alteração à referenciação, não houve qualquer alteração, não há uma procura pelo facto de por exemplo de ter havido reduções a outros níveis e não haver oferta, não, mantém-se, não houve qualquer alteração.
18. Não, não. Não há qualquer.

19. Sim, a ERS tem acesso a informação relativa a listas de espera, nomeadamente quer listas de consulta externa quer cirúrgicas e é por aí que avalia o acesso.
20. Em 2012 não esteve. Em 2011 não sei, pergunte ao Dr. Josué.
21. Não, a percepção que eu tenho da ERS é que a ERS é mais “monita”, faz mais a monitorização do que propriamente a intervenção, não tem uma intervenção direta até porque a capacidade disponível é a que existe, a ERS não tem qualquer tipo de intervenção nisso. A ERS não regula nada, a ERS monitoriza, avalia, emite pareceres.
22. Não, não. Não não.
23. Não é daqui, mas não.
24. Não, não, não. Sobrepe-se totalmente, nesse âmbito sobrepe-se, na avaliação das listas de espera sobrepe-se.
25. Não sei se houve aqui aquela história que houve lá em cima, confirme com o Josué, aquilo dos tempos de espera. Isso foi em 2010 ou 2009.
26. Não tem atuado.
27. Não tem atuado de todo, ponto. Não há orientações ponto.

15 julho 2013 – Hospital Distrital de Santarém

Entrevistado C

1. É, necessariamente existe uma participação ativa e tem sido pedida, normalmente quando é feito, quando é feito ou quando é pedido o plano de desempenho normalmente no final do Verão, nós pedimos aos departamentos e aos respetivos diretores que digam o que é que podem fazer. Quem vai necessariamente depois, definir vai ser o conselho de administração mas vai definir baseado já naquilo que negociou com os departamentos, os serviços. Posso dizer que é assim.
2. Na prática aqui nós negociamos com os nossos colaboradores mas depois a tutela impõe. Impõe, eles é que dizem qual é o preço, eles é que dizem quanto é que vamos fazer, nós às vezes reconhecemos que não conseguimos, por muito boa vontade, não conseguimos lá chegar. De alguma forma é imposto.
3. Necessariamente. Eles pagam aquilo, dizem que pagam assim e eu, agora, não posso exatamente dizer quanto é que eles irão pagar no próximo ano, contrato programa 2014 o GDH cirúrgico, o GDH médico, o hospital de dia, são valores que eles depois nos dirão que será assim.
4. O serviço prestado, os serviços médicos são equivalentes. No que é que piorou? Piorou a qualidade do atendimento na urgência.
5. Em termos dos serviços o desempenho técnico é igual. Os cirurgiões são os mesmos, os internistas são os mesmos. O ver doentes e o prescrever é igual. Na urgência por força do limite de contratação e do abaixamento de preços, os melhores técnicos os melhores profissionais têm-se afastado e efetivamente nós continuamos a ter a prata da casa que manterá a mesma qualidade, embora mais desmotivada, mas a urgência os prestadores que nós temos são péssimos e que, o que faz com que o pessoal da casa tenha que fazer o seu e controlar, o que leva aí a uma abaixamento da qualidade porque não existe tanta disponibilidade efetivamente. Nós vamos tendo a noção que o desempenho de muitos dos colaboradores, dos prestadores de serviço, não é o melhor.
6. Eu não ia por aí. Eu ia mais que a redução controlo de custos e tudo isso tem mais a ver é com o tentar diminuir o consumo de dispositivos médicos, o consumo em termos de medicação mais cara, isso tem sido feito através da redução de preço pelo ministro que tem imposto a redução de preços, mas de alguma forma fazendo alguma obstrução às diferentes comissões de controlo que existem, comissão de farmácia etc., vai sendo sucessivamente espartilhadas e vão, digamos, reduzindo os custos por aí, não é? Se vão sendo criadas dificuldades à compra de determinados

medicamentos, se existe a lei dos compromissos que, enfim, anda a mastigar e vai atrasando fazer exames e fazer uma série de compras, quer dizer, as pessoas vão-se adaptando e por aí vão reduzindo custos, não propriamente no acesso à saúde em si porque isso inclusivamente são metas que cada vez são mais difíceis dos hospitais cumprirem porque se impõem metas muito difíceis. O CTH e o tempo de LEC, as orientações são no sentido de diminuir os tempos, portanto eu não posso dizer que por aí há uma diminuição do acesso, o que nos impõem em termos de indicadores de qualidade e eficiência é a diminuição da LIC e isso é um tentar melhorar o acesso à saúde, o acesso à intervenção cirúrgica. O tentarem porque os doentes sejam operados nos tempos adequados e é por aí que vai, isso é melhorar o acesso, agora dificultando a cirurgia adicional isso aí já é prejudicar o acesso, impor a contratação à hora e não situações que havia de contratação ao ato de prestadores de serviço, pois por aí dificulta-se o acesso mas digamos, não é diretamente. O resto aparentemente até há algumas medidas no sentido de facilitar o acesso aos cuidados.

7. Há, há. Houve uma perda de acessibilidade, porque se eu tenho menos técnicos disponíveis não posso fazer as consultas. Se tenho 2 médicos se os médicos se reformaram, porque motivos vários, porque não se sabe a evolução qual é a evolução em relação à aposentação, se as pessoas não irão ser muito prejudicadas, pois quem pode pedir a aposentação pede. Se não está cá para fazer a consulta necessariamente que a lista de espera aumenta. Se eu não posso contratar anestesistas aos preços de 2010 ou de 2011 tenho que fechar blocos, portanto o acesso à cirurgia fica diminuído porque aí sim, eu antes pagava 50 ou 60€ à hora e agora tenho o limite de 30€ e estamos a pagar a 27€.
8. Isso aí tem duas leituras, efetivamente em termos de adultos há alguma limitação porque as pessoas não têm dinheiro para os transportes, porque anteriormente vinham de ambulância e entretanto as ambulâncias foram dificultadas e foi muito dificultado o passar o transporte. Os exames complementares ao serem taxados ao mexer nas taxas moderadoras, e muitas muitas dos doentes que eram isentos passaram a ter que pagar taxas, por exemplo um diabético antes era isento em tudo, as taxas para a consulta, as taxas para os exames, agora não, só é isento ou é efetivamente por motivos económicos, mas a grande faixa deles ele vai só ser isento daquilo que é diretamente respeitante à diabetes e nas outras coisas vai pagar. Também na oncologia houve mexidas nas taxas moderadoras e há vezes chega-me a informação dos colegas, por exemplo da imagiologia que alguns doentes não vão fazer exame porque não têm dinheiro para a taxa moderadora. Mas se isto é assim nos adultos, nas crianças, especialmente nas crianças muito pequeninas não é bem. As pessoas deixaram de ter dinheiro para pagar o consultório, sabem os dias em que o pediatra está de urgência e vêm cá.
9. Sim. Acho que sim, acho que sim. As pessoas estavam habituadas a não terem que se preocupar com o transporte, pediam a ambulância e vinham e era passado o termo de transporte. E isso foi dificultado em finais de 2011, portanto 2011 / 2012 e efetivamente isso foi um dos motivos que provocou a alguma, algum afastamento, algumas faltas. E continua a haver faltas a consultas, basicamente é consultas, porque na urgência, como sabe, o transporte continua a ser pago, não é. Desde que o doente chegue cá e se carimbe continua a ser pago, mas nas consultas e nos exames há, houve alguma quebra.
10. Não. Sim, estou a pensar, pronto, existe algum controlo, existe diminuição, nós fazíamos as biopsias ecoguiadas, fazíamos as biópsias guiadas por TAC, continuam a fazer-se, existe é um controlo, talvez um pouco porque anteriormente havia menos controlo e agora as coisas começam mesmo a ser controladas. Há pois uma preocupação se isto foi feito, foi mesmo assim feito, foi preciso fazer tantas vezes isto e digamos, há um controlo maior.
11. Sim. Os circuitos e esta questão do gabinete e do coiso leva a um atraso dos circuitos e das autorizações e isto acaba por ter repercussões em termos de esperar mais tempo pelo exame, pode ter algum reflexo na demora média. Também nós aqui temos uma situação de, estou a pensar nos exames de gastro, em que foi mais difícil contratar pessoas, houve pessoas que saíram e de repente uma endoscopia que se fazia no dia a seguir agora espera 3 ou 4 dias, e esses 3 ou 4

- dias fazem com que o doente também permaneça mais esses dias, portanto o diagnóstico e o tratamento tudo isso acaba por provocar algum, alguma demora média mais, pronto, alguma subida da demora média. Basicamente por aí, no resto assim não estou, não estou a ver.
12. É assim, como sabe nós temos um hospital privado que abriu em, agora não sei se foi em dezembro de 2011 se foi em dezembro de 2012 mas deve ter sido já em finais de 2011. E esse hospital privado é hospital privado mas é hospital com acordos com seguradoras, e também não sei se tem contrato com a ADSE, mas se calhar os médicos que lá vão têm e pontualmente esses clientes de seguros e fazem essa fuga para lá e até posso exemplificar com um caso de família por pequenas coisas como tem uma seguradora vai lá por pequenas coisas a uma consulta urgente em vez de, anteriormente tinha que vir aqui. Pronto há eventualmente essa pequena fuga das pessoas com seguros para as pequenas coisas. No resto se calhar não.
É assim, quanto as taxas moderadoras sobem há um pequeno efeito de fuga mas depois as pessoas voltam ao mesmo, os consultórios privados e as consultas privadas em si são caras à mesma, claro que as dos seguros não são tão caras, mas se há fugas é capaz de pontualmente haver fugas, mas se calhar não tanto quanto isso, há uma fuga que se nota na Pediatria, uma fuga do privado para o público, das crianças mais pequenas. Mas depois nós temos as doenças crónicas, a oncologia, a diabetes, problemas nas cataratas, as pessoas não têm hipótese, as pessoas não têm hipótese têm que vir mesmo para o público.
 13. É assim, conheço algumas, não vou dizer que as conheço todas. Acho que não têm propriamente sido divulgadas a não ser aquilo que são consequências de notícias ou de alguma coisa, assim de repente se calhar não.
 14. Temos a parte das horas extraordinárias, não é. E efetivamente tem havido um trabalho marcado porque uma das coisas era precisamente a redução das horas extraordinárias da saúde. Não só da saúde, mas geral. Mas muito na Saúde, porque a Saúde talvez seja um dos sítios onde há horas extraordinárias, tanto que a hora extraordinária médica é assim uma coisa que faz parte e que é pesado, não é. E aí, pois, temos divulgado temos-mos esforçado a controlar.
 15. Eu diria que não. A Urgência foi sempre mantida a funcionar, com as diminuições, com as alterações de horário. O que alterou foi alguma insatisfação das pessoas, dos profissionais. Mais que propriamente outra coisa, foi alguma insatisfação as pessoas sentirem que lhes reduziram o ordenado, lhes reduziram as horas extraordinárias. Eles faziam hora extraordinária quer em quantidade quer em, em custo, portanto em valor.
 16. Mas isso é só para a urgência, praticamente não há horas extraordinárias a não ser, bom, os anestesistas, que até era uma coisa que anteriormente não faziam. As consultas não funcionam com horas extraordinárias ou. Os enfermeiros também vão fazendo as suas horas extraordinárias, que vão sendo geridas e as outras, as outras profissões. Por aí não me parece que... Têm aquela, aquela, aquela diminuição inerente às pessoas estarem menos motivadas e fazerem as coisas. Agora é assim, os doentes entram pela porta, fazem a ficha e são vistos. Agora são vistos ao fim de duas horas são vistos ao fim de quatro ou de cinco com conflito ou sem conflito são coisas diferentes.
Racionamento não, não. Eu teria que dizer sim em relação à parte médicos, que é aquilo que... Não, vamos ver, há uma tentativa de diminuição dos preços dos dispositivos, mas isso não leva a mais nada, as pessoas não usam as máquinas tão caras, foram selecionados e os juro selecionaram máquinas chinesas, digamos assim. Serão com uma qualidade à partida não tão garantida como aquela máquina americana, mas como agora até a americana é feita no mesmo sítio na china. São marketings, mas eu penso que aquilo que acabou por se refletir mais é, se eu posso programar quatro doentes mas isso vai-me implicar um maior esforço meu e da equipa pôr as coisas mais a andar, bem, ponho três e ficamos todos mais satisfeitos com as consultas, pois, eu devia ver este doente, mas aqui já tenho coiso, não, vou vê-lo passada uma ou duas semanas, pronto. Tem a ver com isso, se calhar.
 17. É assim, sofreu porque de alguma forma nós não tivemos possibilidades de fazer tanta adicional, porque nós tínhamos aí programas de recuperação e tivemos, tivemos na oftalmologia, tivemos em outras especialidades em que com os profissionais e com as horas que tinham de contrato não era possível atingirem o que tinha sido negociado e o que os doentes em lista precisavam, portanto com esses tempos de consulta não era possível então foram permitidas e foram

negociadas consultas adicionais com as pessoas pagas à peça, fora do seu horário de trabalho, viam mais doentes e isso em mais do que uma especialidade e isso permitiu dar acessibilidade aos doentes. Se nós estivermos apenas com os horários normais nós não temos especialistas capazes em quantidade suficiente para dar resposta à procura. A especialidade, por exemplo dermatologia, nós temos 5 ou 6 especialistas, de repente não sei quantos são, mas em que só 2 é que estão a 40 horas, os outros estão a 28. E em termos de ETC's isso depois começa a vir para baixo e em 28 horas não se pode ver, não se pode ver o mesmo número de doentes que se vê em 35 horas, porque no mínimo há mais duas horas, mais dois períodos de consulta.

18. Provavelmente os meus colegas ali do fundo têm mais que eu propriamente, que é uma parte muito versada sobre a técnica, agora este controlo das contas, esta auditoria permanente sobre as contas, os timings de apresentar os respetivos relatórios muito apertados, aí eu creio que eles estão efetivamente muito mais, terão a sofrer com os memorandos. Aqui, como é muito uma parte técnica e de controlo médico, como se faz, pronto, é quer dizer, o que nós fazemos aqui, o que a parte médica faz produz e dá substrato aos números que eles trabalham, eles trabalham sobre eles.
19. Eles pedem, pedem e às vezes mandam relatórios para cá, coisas, enfim, eles vão pedindo algumas coisas, vão. Bem como pedirem hoje para ontem quase, mas acho que sim, que nós temos aí uma série de coisas.
20. Olhe, é assim, não lhe sei dizer exatamente em que anos é que vieram mas estava-me a lembrar dos relatórios, mas algumas coisas têm a ver com determinados trabalhos que eles próprios teriam dentro do seu programa e agora não sou de lhe dizer mas houve aí dois ou três relatórios da ERS.
21. Eu creio que é mais importante que haja a cultura da qualidade e essa qualidade não é a ERS que a vai pôr. Têm que ser as pessoas com essa cultura, isso vai sendo feito através do amadurecimento das pessoas, através da formação, através da certificação das unidades, é preciso que as pessoas, elas próprias estejam pré-voltadas para a qualidade, não é aquela qualidade às vezes que nós vemos e que é de procedimentos assim e assado e não sei quê. É a qualidade verdadeira, não só dos procedimentos mas dos outputs.
22. É assim, eu não sinto. Mas não sinto que tenha, acho, não sei, diria que se calhar não.
23. Não sei disso, não sei o suficiente. Às vezes nós ouvimos falamos das entidades reguladoras e não só da saúde como de outras coisas que existem e às vezes ficamos assim um bocadinho, será que vale a pena? Mas também não, nunca me debrucei muito, se calhar era muito importante não estar dentro dos hospitais públicos que certamente devem funcionar bem, devem garantir o direito ao acesso e devem, devem manter a igualdade dos doentes, seguir as normas, não está em causa. Mas em si não pode ser só sobre os hospitais públicos, que já têm tantos controlos, a própria ARS, os utentes. Basicamente é o utente o grande regulador, apesar de não ter ainda muita liberdade, não saber ainda usá-la, mas em termos de clínicas privadas, apesar de tudo vão funcionamento mais ou menos em vão de escada se calhar seria aí que seria muito importante também atuar, se calhar muito ver e controlar e aí vou até falar contra os médicos: os médicos que são tão exigentes nos hospitais públicos e que às vezes em outras instituições já não são tão exigentes e são, e às vezes fazem com que ou atuem em situações em que a linha de segurança do doente e gestão do risco se muda, se muda muito. Por exemplo num hospital um anestesista anestesia uma sala, nos privados não é assim, um anestesista duas salas. Então? Se calhar era bom controlar e ver onde é que está o risco, se é no hospital público ou se é noutros sítios.
24. Acabam por andar todos mais ou menos na mesma coisa. Claro que quando chega um relatório da IGAS ficamos e vamos. Mas da ERS também, na prática são entidades que vão atuando dentro dos diferentes campos. Se calhar são mais ou menos todas equivalentes. Acabam por se sobrepor, há ali é algumas coisas em que acabam mesmo por se sobrepor.
25. Eu sei que houve aí uns relatórios mas agora de repente não sou capaz de lhe dizer, é assim, entre a ERS e a IGAS há aí algumas coisas que não sei dizer qual é qual.
26. Não sei.

27. Eu creio que nos relatórios que eles fizeram foram sobre a acessibilidade. Tenho a impressão que na parte de consultas. É assim, isso da livre concorrência não sei muito bem, o SNS tem a concorrência de quem?

Não sei, teria que ver, mas assim de repente não tem nada que me tenha marcado especialmente, pode ter havido, mas a parte da alta acho que é da IGAS, o planeamento de altas, não sei se é do IGAS a parte dos cuidados paliativos.

15 julho 2013 Hospital Distrital de Santarém

Entrevistado D

1. Sim, numa organização moderna os objetivos são sempre definidos em conjunto entre o conselho de administração e os serviços, enquanto atores diretos da execução de um plano de ação, portanto para esse plano de ação definem-se objetivos de uma forma comum, em conjunto, não é.
2. Acima de tudo, nos tempos que correm, de facto há muito definição de objetivos de cima para baixo, isto é a tutela por razões diversas, razões de plafom, razões de dificuldades várias estabelece alguns dos objetivos. De qualquer forma sempre resultou de um processo, enfim, negociação é excessiva, mas é de alguma forma resulta de alguns acordos que se fazem entre as propostas do hospital e as propostas da tutela, mas no objetivo de adequar a resposta à procura, portanto identificando a procura, ver em que medida é possível adequar essa resposta a essa procura e colocar dentro de alguns plafons ou dentro de alguns parâmetros que sejam deriveis na conjuntura orçamental que vivemos.
3. Sim, é isso que há pouco comecei por dizer. A conjuntura atual é muito limitadora, isto é, os hospitais, pela sua missão, cabe-lhes responder cabalmente às necessidades da população que serve. E portanto nós devemos estar sempre preparados e dimensionados no nosso plano de atividades de cada ano, que nós identificámos, correspondem à identificação das necessidades da população, é por isso que nós lá estaremos e não há aqui seleção de doentes, portanto todo e até para mais no hospital, o hospital como sabe, é uma entidade de porta aberta e portanto é uma entidade que é procurada e tem que haver acessibilidade de 100%, quer na urgência quer mesmo na consulta externa, desde que estejam disponíveis os recursos e portanto nós deveríamos estar sempre preparados em cada ano para desenhar um plano de atividade que nós sabíamos porque o estudámos que iria responder a uma procura definida. Na atual conjuntura, de facto, as dificuldades orçamentais pelas dificuldades do Estado em assegurar o financiamento do SNS e outras áreas além do SNS, assiste-se a um certo plafonamento, isto é, assiste-se a uma procura e uma tentativa de colocar debaixo de um orçamento o máximo de atividade possível e nesse sentido há uma limitação de facto. Quando nós identificamos uma necessidade temos que ter sempre presente que existe um plafom e portanto tentar dentro desse plafom se consiga responder o mais possível à procura que temos, não é.
4. Pela cultura da casa, não diria que piorou o serviço prestado à população. Em termos de qualidade e pior ou melhor é uma questão de qualidade, não é, em termos de qualidade manteve-se ao mesmo nível e aqui e acolá melhorou até em termos de qualidade. A nossa dificuldade tem sido em desenvolver programas adicionais que visavam, que ao longo dos anos visavam dar cobertura aquela procura excedentária, não é. E que nesta conjuntura de limitação orçamental ficava um pouco por responder, isto é podemos encontrar hoje encontrar listas de espera quer para consultas quer para cirurgia que noutro contexto seria objeto de um programa adicional especial qualquer e que hoje não são. Desde que não sejam para patologias oncológicas ou muito

severas admitimos que há um certo deixar para depois o que noutro momento seria feito agora. Aí sim, há uma certa limitação.

5. A pressão da tutela e a pressão igual à que temos nas nossas casas, é reduzir custos, evidentemente reduzir custos mas tentar com procura de eficiência tentar que essa redução de custos não ponha em causa a normal vivência das coisas, portanto não há cortes cegos ou se os existem não são no hospital.
6. Nós mantemos rigorosamente a mesma disponibilidade para responder à procura, temos efetivamente uma pressão e é grande, para reduzir custos mais e mais e temo-lo feito com sucesso, embora como digo, admitamos que alguns indicadores, nomeadamente a acessibilidade que pode ser comprometida por havendo aqui e acolá procura excedentária, ela não ser respondida como antes era. Mas isto não é uma questão de qualidade, é uma questão de quantidade acima de tudo, porque em termos de severidade o doente, se é um doente severo, dê por onde der ele é assistido, dê por onde der ele tem a porta aberta. Mas se não é um doente severo, eventualmente não era severo à um ano e era respondido e agora não é, aguarda enfim, de algum modo, que a severidade o venha a impor mais tarde.
7. A questão não está estudada, não está estudada mas admitimos que sim. Admitimos que há alguma reserva da vinda à urgência pode estar ligada à questão das taxas moderadoras, o que não é necessariamente negativo, não é necessariamente negativo, porque existe uma procura muito vezes com uma percentagem razoável de inapropriação na vinda à urgência e se a pessoa decide não vir para não gastar, pode estar a identificar uma não necessidade. Mas também sabemos e sentimos que há uma certa ausência à consulta e aí sim, aí nós pensamos que ela se deve a dificuldades de ordem económica das pessoas. Isso é visto nas regiões muito dispersas, em que as pessoas residem muito longe ou em distâncias consideráveis e em que têm que pagar transporte e que, admito que haja uma diminuição da procura.
8. Acima de tudo isso sentiu-se, como eu digo o assunto não está estudado, não está estudado. Portanto nós no ano 2012 notamos muito isso na urgência, isto é, o ano 2012, ao contrário do perfil que estava estabilizado ao longo dos últimos sete ou oito anos, no ano de 2012 caiu substancialmente na ordem dos oito a dez por cento de idas à urgência. Nós associámos essa diminuição de oito a dez por cento com as taxas moderadoras. Na consulta não tanto, não tanto mas também, isto é há uma diminuição na ordem dos quatro a cinco por cento que nós podemos imputar a razões de ordem económica e às taxas moderadoras porque é uma razão plausível, é possível. Mas não foi feito um inquérito de opinião nem há um estudo estatístico que nos explique por que é que as pessoas faltam.
9. Não, por aí não, por aí não, porque isso envolve terceiros, isso envolve terceiros. Portanto diretamente não temos nada que nos leva a associar uma coisa à outra.
10. Não respondeu.
11. Não diria isso, não diria isso. Existem de ano para ano, têm vindo a ser mais difíceis os critérios de gestão influenciados pelo financiamento. De facto o financiamento tem vindo a ser de ano para ano mais austero, portanto isso leva a que a organização, a empresa tenha que ponderar muita da sua atividade e do seu modo de a gerir, mas mantém-se autonomia empresarial vá lá, neste contexto neste contexto, não tem havido não tem havido não tem havido medidas de tutela que condicionem a atividade a não ser estas medidas de forma indireta, como é o caso do financiamento, que nos leva a refletir sobre o nosso plano de atividades, sobre o nosso modo de viver a saúde e que nos levam a tomar decisões diferentes das que tomaríamos antes. Mas isso não condicionou a componente assistencial, não condicionou.
12. Mais uma vez digo, isso é falar por palpites, não há um estudo feito sobre isto. Não temos razões para pensar que haja transferência de doentes do público para o privado, mesmo a diminuição de afluência ao hospital, a nosso ver não significa transferência para o privado. Significa mais opção de não vir ao hospital, ou porque se ultrapassaram o quadro de doença e tendo ultrapassado ou diminuído a severidade a pessoa decidiu não vir e antes vinha à mesma, portanto isso não tem a ver com o privado. Até porque nesta conjuntura não é muito plausível que a

- peessoa deixe vir para um serviço público tendencialmente gratuito ou relativamente barato, apesar de tudo, para uma opção de privado quando é manifestamente mais caro, mais caro, mais caro sobre todos os aspetos, nós temos exemplo disso.
13. A quando da assinatura do memorando, foram divulgadas e discutidas. Aliás, tivemos até aqui a visita da Troika, houve uma delegação da Troika que visitou o hospital, o que tornou o assunto, tornou a matéria mais prolífera, mais mais apetecível para conversar internamente. Nós fizemos uma reunião tipo assembleia geral, depois dos senhores cá terem estado, não só para dar a conhecer o que eles cá vieram fazer, como também as principais medidas. E as medidas da Troika inserem-se muito nas consequências e num estado de grande penúria e num modelo de financiamento tendencialmente mais redutor e as medidas têm sido essas as que têm, as que têm provocado efeitos no hospital. Contudo, volto a dizer, que ainda não se sentiu por aí além na parte assistencial.
 14. Na componente assistencial serão mínimos os impactos, porque nós também, de algum modo, tentamos extrair do memorando e de todo esse normativo, procurámos extrair dele a parte positiva que tivesse e evitar que nos penalizasse e portanto mantemos o mesmo perfil assistencial, não houve aí alteração.
 15. A alteração resulta, como lhe disse inicialmente, resulta do financiamento ter sido ano após ano cada vez mais austero e mais reduzido. E em Saúde reduzir financiamento, por mais eficiente que seja, tem reflexo na atividade, as pessoas pagam-se com recursos. Em economia, em saúde, a economia de escala é um conceito que vale o que vale. Há várias, vários parâmetros ou algumas variáveis da saúde que poderão ter um equilíbrio, enfim, economia de escala, mas a maioria não tem. Se um doente gasta dez, dois gastam vinte, quer dizer, não há volta a dar, três gastam trinta. Portanto não se pode dividir o mesmo medicamento por três só porque são três, isto é só um exemplo um pouco grosseiro mas portanto não é possível com orçamento cada vez mais austeros garantir os mesmos níveis, daí eu ter dito que há de facto uma redução da atividade, isto é, a atividade que se faz faz-se de igual modo que se fazia antes mas há uma redução, ok.
 16. A resposta é esta, em termos da qualidade não há nenhuma redução da qualidade. Em termos da quantidade, em termos da disponibilidade para fazer mais e melhor, isto é, a eficiência pode ser fazer mais com o mesmo, mais com menos, mais com mais. Aqui é de facto o esforço é fazer o mesmo com menos e preferencialmente fazer mais com menos, a níveis quase impossíveis. Mas apesar de tudo tem sido possível alcançar, porque também tem havido aqui alguns benefícios de medidas estruturais, isto é, o ministério a nível central tem feito o seu papel e tem ajudado, porque senão isto tornava-se inoportável, repare, quando o ministério decide que a APIFARMA tem que reduzir em dez por cento o custo dos medicamentos, isso nós nunca conseguiríamos fazer isso como hospital, não é? Mas o ministério fê-lo e disse meus senhores a partir deste ano reduz-se em dez por cento os medicamentos. E essa redução de dez por cento acaba por ajudar a acomodar os eventuais, as reduções no hospital exige porque levou um corte central de dez por cento e isso permitiu-nos a nós um bocadinho de folga, não é, para trabalhar mais.
 17. Não, não.
 18. Não só. A questão do financiamento é de facto o que nos transtorna, é o financiamento que está de todo desajustado da realidade.
 19. Sim, regularmente.
 20. Não no hospital. Pediu uma ou outra explicação num caso ou outro de utente, sim sim.
 21. Não é a Entidade que é relevante, relevante não. É o normativo em vigor e esse nós cumprimos-lo, portanto não é. O que é é o normativo e não a Entidade.
 22. Não, não.
 23. Não lhe sei responder a essa questão.
 24. Sim, penso que a Entidade veio apanhar uma série de competências e atividades que antes eram desempenhadas por outros, o IGAS, a Direcção-Geral de Saúde, não sei, em termos há aqui dois

- âmbitos de atuação, o público e o privado. Não sei se a ERS tem mais atividade no público ou no privado, é nos hospitais é um pouco por omissão, vá lá. Mas talvez no privado tenha.
25. Houve mas penso que foi em 2010, mas não foi com Santarém, foi no país todo, sim.
 26. Não, não se aplica.
 27. Não, não. Tem sido muito, muito... débil

15 julho 2013 – Hospital Distrital de Santarém

Entrevistado E

1. Neste momento eu não faço atividades na área de definição de objetivos. Quando fazia como adjunto do Departamento de Psiquiatria, as metas eram definidas com o Conselho de Administração. Era feito um plano de atividades para o ano, para o triénio consoante fosse altura de fazer o plano do triénio e essas metas era propostas pelo serviço com base no histórico. E depois eram negociadas consoante o que o Conselho de Administração tivesse como diretivas superiores.
2. Na minha perceção é que de facto o conselho de administração tem orientações superiores em relação àquilo que devem ser as grandes linhas, número de internamentos, número de consultas com algumas metas específicas em algumas áreas, sendo que fica sempre margem dentro da instituição para definir se são mais de uma especialidade ou menos de outra, havendo sempre a possibilidade de negociar como é que a meta global é cumprida internamente. Esta é a perceção que eu tenho.
3. Há. A perceção que tenho é que existe um bolo global para a instituição, depois a forma como esse bolo se vai desgregar pelas diferentes linhas, digamos, de produção, é que é negociado.
4. Isso é subjetivo. É muito subjetivo. No que diz respeito ao Departamento de Psiquiatria melhorou, porque nós implementamos o, entrámos em processo de acreditação e tivemos sucesso, portanto no nosso micro contexto nós melhoramos, mas aqui temos uma, temos um efeito que não tem a ver com o memorando tem a ver com uma decisão estratégica do departamento.
5. Da qualidade não sei dizer, a nível da produção creio que sim, creio que sim, que há.
6. Essa informação já fica fora do meu âmbito atual, porque eu em 2012 já estava na DGS, portanto o processo de negociação já não sei exatamente como é que correu.
7. Sim, sim. No âmbito da pedopsiquiatria notámos que havia uma redução na atividade do hospital de dia, que nos foi reportado que era por motivos económicos. Os pais não podiam faltar 2, 3 dias por semana para trazer as crianças às sessões do hospital de dia ou porque não tinham dinheiro ou porque tinham medo de perder o emprego.
8. Dentro da Psiquiatria, que eu desse conta não. Até porque a psiquiatria é daquelas áreas que tem um quadro de exceção no que diz respeito à isenção. Não é isenção, é dispensa de pagamento para doenças crónicas, a maior parte dos doentes psiquiátricos são crónicos. Por aí não se notou. A nível dos agudos, todos nós reparámos que houve pessoas que reclamaram ou que verbalizaram o aumento de custo. Agora, daí retirar que houve redução, não sei se se pode dizer isso.
9. Na área da psiquiatria isso não se verifica.
10. Na psiquiatria a redução na atividade não creio que se tenha verificado, a não ser no hospital de dia de pedopsiquiatria, com a condicionante que houve dos pais não poderem trazer as crianças. A nível de internamento da psiquiatria, também não tenho essa noção, aliás, quando há situações de crise, crise económica, seja qual for, as pessoas descompensam mais facilmente e portanto caem-nos na psiquiatria. Não notei que houvesse esse problema, até porque ao nível da qualidade, nós entrámos num processo de acreditação e todos os nossos procedimentos foram revistos e houve inclusive necessidade de fazer um ou outro investimento pontual, que

efetivamente foi feito. Termómetros prós medicamentos termo sensíveis, pequenos investimentos que foram feitos. Portanto sob o novo contexto específico que está muito de fora do âmbito normal, nós tivemos foi algum investimento e o que tivemos foi a garantia de melhoria da qualidade porque chegámos ao fim com o processo de acreditação com sucesso. Portanto o nosso contexto, o nosso muito específico nós não sentimos isto. Temos a verbalização das pessoas q dizem que têm mais dificuldade em pagar as taxas moderadoras, quem continua a pagar, temos mais pessoas no internamento, creio que isso se confirmou no fim de 2012 porque o processo era esse mas também fruto do contexto de crise. Quando as pessoas estão num contexto de crise, perdem o emprego, entram em processos de rutura daquilo que é o seu plano de vida caem-nos todos na psiquiatria.

11. Que eu notasse não. Temos dificuldade na contratação e substituição ode pessoas, isso temos. Quando temos enfermeiras principalmente grávidas, para conseguir fazer a sua substituição na licença de maternidade dessas pessoas, o processo burocrático é tão pesado que às vezes quando chega a resposta já temos a pessoa de volta.
12. Não na psiquiatria, não na psiquiatria. Aliás na psiquiatria o que se passa é que a atividade cai. Não sei se poderá haver uma mudança. Havia pessoas que procuravam a complementaridade eventualmente, e que o deixaram de fazer penso eu. Quem tem escritório privado e houve pessoas inclusive que desistiram de ter atividade privada na psiquiatria precisamente porque as pessoas não tendo disponibilidade financeira para, não vão.
13. Em concreto, listá-las não sei. Sei que há a estratégia de reduzir custos, sei que há a estratégia de reduzir a disponibilidade de camas e de reduzir os tempos de internamento, investir no ambulatório, mas pouco mais do que isto.
14. A nível do funcionamento há a redução de camas efetivamente, o que obrigou ao aumento do número de macas, portanto para o cidadão deixou de estar na cama 30 para passar a estar na maca 22, por exemplo. A nível de recursos humanos na instituição, há por um lado mais stress da parte dos profissionais, porque se fala em despedimentos na função pública, fala-se no encerramento de instituições, fala-se no encerramento de serviços e as pessoas que tinham alguma, alguma sensação de segurança e que tinham aquela lealdade da instituição começam a pensar até que ponto têm uma relação de continuidade ou não. Mais, assim de especial, há mais atenção aos custos, as pessoas têm mais cuidado com aquilo que gastam e como o gastam e assim de repente não estou a ver nada de especial.
15. Que eu note no meu departamento, naquele que era o meu departamento, o departamento de Psiquiatria nem por isso, não se nota muita diferença, mas também tivemos um contexto muito, muito específico quer seja pela própria patologia quer seja pelo facto de estarmos em processo de acreditação. As pessoas focaram-se muito nisso. De resto, o que é que nós temos mais? Temos mais situações de descompensações agudas eventualmente, mas de resto não vejo assim mais nada de especial.
16. A atividade assistencial no departamento de psiquiatria, não se ressentiu muito disso porque uma pessoa que está descompensada sob o ponto de vista psiquiátrico é muito exuberante, portanto um individuo que tem uma, uma depressão major a família traz, independentemente de haver ou não haver uma situação de contenção. Uma pessoa que entra em episódio maníaco começa a partir coisas e agredir pessoas é trazido pelas autoridades ou pela família, independentemente de haver ou não haver crise. Estamos num contexto muito específico.
17. Não respondeu.
18. A substituição de pessoal, que é transversal. Se calhar há também alguma dificuldade em adotar práticas que impliquem investimento. As boas práticas da manutenção preventiva são difíceis de implementar porque os custos de não fazer a manutenção preventiva são invisíveis mas o custo de fazer a manutenção preventiva são visíveis. Se eu pago a uma pessoa para mudar um filtro eu tenho essa despesa. Se eu não pagar à pessoa para pagar o filtro e depois tiver a despesa da manutenção da máquina que avariou por falta de filtro em condições, eu não posso dizer que gastei mais 300 porque não gastei 30 a mudar o filtro. Estes problemas da qualidade para além

do que é evidente, são difíceis neste contexto. Todas as práticas da melhoria da qualidade que não forem efetivamente ponderáveis e demonstráveis são difíceis de implementar, isso é muito chato com a segurança do doente.

19. Faz, faz, isso faz. Pede-nos dados mensal, mensalmente. Trimestralmente pede-nos a informação das listas de espera, isso faz.
20. Pediu informação. Pediu as listagens de informação e nós fornecemos essa informação. Se atuou, foi ao nível do conselho de administração e sim, eu lembro-me, houve aí trabalho feito na área do Alert nas referências de consultas, houve trabalho nessa área.
21. Hum. A Entidade Reguladora. Nós temos um problema de regulação, a meu ver. Temos uma Direção Geral da Saúde, temos uma Entidade Reguladora da Saúde, temos uma ACSS e não temos muito bem definido quando começa a margem de um e a margem de outro. Isso é particularmente interessante quando há problemas de qualidade. Portanto a Entidade Reguladora da Saúde como a Direção Geral da Saúde têm competências nessa área e quanto a Entidade Reguladora da Saúde precisa pedir algum trabalho de peritagem tem que ir pedir à Direção Geral da Saúde, que neste momento não tem recursos para isso. Portanto entre áreas de sobra e falta de recursos a intervenção na área da qualidade é muito limitada. Ao nível da prevenção há um acompanhamento, há algumas medidas pontuais mas eu acredito que para o cidadão não sejam visíveis. Nós aqui sabemos que nos pedem para atuar sobre tempos de espera para consultas, mas não sabemos se é mais por iniciativa da Entidade Reguladora se é por iniciativa da ACSS.
22. Da forma como os horários médicos são organizados para garantir que as consultas são respondidas dentro do prazo, sim sem dúvida.
23. Essa é uma pergunta muito complicada. Qual é o valor da Entidade na situação neste momento, é muito complicado. Bem, nós sabemos bem se é a Entidade Reguladora da Saúde se é a ACSS, porque a ACSS é que nos impõe, pois, é uma daquelas complicadas. A questão da visibilidade é complicada porque nós não sabemos exatamente que está por trás. Não sei exatamente a Entidade Reguladora justifica o custo que tem.
24. Pois, é. A Direção Geral da Saúde, a IGAS, a ACSS, é muita gente ao barulho e há áreas de sobreposição, há trabalho feito sobre qualidade na Entidade Reguladora da Saúde que se calhar devia estar na Direção Geral da Saúde.
25. Sim, fazem transversais, entraram cá com o processo de acesso como entraram noutras instituições.
26. Que eu desse conta, não.
27. Sim, fez um inquérito, fez um inquérito de qualidade. Acesso sim. As nossas entidades reguladoras são muito pouco ativas na concorrência.

1 de agosto 2013 – Hospital Distrital de Santarém

Entrevistado F

1. Os objetivos da instituição são definidos pelo Conselho de Administração. Sim, existe alguma participação em termos de contratualização interna, sim.
2. Sim, claro. Penso que não, mas é só a minha perceção, não é. Não participo nesse tipo de reuniões, não é, não sou do conselho de administração mas penso que não, que não há grande negociação.
3. Penso que sim, sim.
4. Manteve-se.
5. Penso que há certamente pressão para reduzir custos, mas com a exigência ou contrapartida de manter a qualidade e a produção.
6. Face a 2011? Não, acho que não.

7. Não tenho dados concretos sobre isso não é, só uma percepção isto é empírico não é. Penso que sim, que há doentes que poderão não vir por razões económicas sim, não terem transporte ou por terem que pagar taxas moderadoras.
8. Penso que sim. Penso que poderá ter tipo pelo menos no início, algum impacto na Urgência. Mas nas outras áreas eu acho que não.
9. Não, acho que não.
10. A redução de custos não impôs a redução da prestação, mas impôs a redução da prestação ou da produção? Não percebi agora. Da produção? Não impôs a redução da produção, mas impôs pelo menos a manutenção, o não aumento.
11. Sim, creio que há algumas. Tivemos algumas dificuldades, em termos dos transportes por exemplo houve algumas, isto é mais a área também a que estou ligada, a gestão de doentes. Penso que em termos de transportes, as medidas de redução de custos com transportes, houve algumas dificuldades mas mais em termos operacionais do que propriamente em termos de impacto na produção.
12. Sim. Acho que sim. (ao contrário) Também, também acho que sim. Houve pessoas que deixaram, penso eu, que deixaram de ter seguros de saúde que pagavam e fugiram para o público.
13. Algumas, algumas, não todas. Algumas, não todas.
14. Penso que houve algum impacto, houve alguma redução de custos nalgumas áreas, sim.
15. Não, acho que não. Acho que não houve redução como causa, não há um nexo de causalidade direto entre o memorando e...
16. Acho que não, acho que não, acho que o impacto que há por vezes é indireto. É indireto porque houve, por exemplo, redução de vencimentos, houve redução das horas extraordinárias, não é um impacto mensurável, é um impacto que dum determinado ambiente que se pode criar e numa determinada forma depois de agir das pessoas que têm realmente impacto na produção, os médicos.
17. Não, acho que não.
18. Sim, poderá haver alguns sim. São problemas que lá está, não são muito mensuráveis, são é ao nível das pessoas, a forma como as pessoas se sentem, é uma coisa que condiciona as pessoas, cria algumas resistências, as pessoas vêm os seus vencimentos reduzidos que pode criar algumas resistências mas isso não é não é mensurável.
19. Sim sim sim, a consulta a tempo e horas.
20. Se veio não tive conhecimento, mas questionam-nos com alguma frequência sim. Pedem-nos justificação sobre as listas de espera, consulta a tempo e horas, os tempos máximos garantidos de resposta.
21. Não.
22. Não, acho que não. Que eu saiba não, da parte que eu sei, que eu tenho conhecimento, não é.
23. Não, acho que não.
24. Sim, sim. Às vezes é difícil nas instituições percebermos o que cada um, quais são as competência de cada um. Pedem a mesma coisa muitas vezes, a mesma informação.
25. Que eu tenha conhecimento não. Que eu tenha conhecimento, mas é possível que sim. Se foi eu não tenho conhecimento.
26. Não, que eu saiba não.
27. Se pedido de informação e justificação for considerado atuar, sim. Da concorrência não, neste caso não se coloca, somos únicos. Há um hospital privado aqui ao lado mas que eu tenha conhecimento não.

1. Os objetivos da instituição, é assim, em termos de departamento está a falar-me agora já do departamento porque eu sou responsável pelo departamento? Os objetivos da instituição são definidos pelo Ministério da Saúde pronto, existe um contrato programa todos os anos onde são definidos os objetivos, pronto. Em relação aos dirigentes intermédios não é, que são responsáveis pelos vários departamentos e que têm colaboradores associados, somos nós. Adjuntos para a gestão, administradores hospitalares que definem os objetivos dos nossos colaboradores.
Agora da instituição em si é o Ministério da Saúde.
2. Sim, impõe claro. O problema cada vez é mais, como hei-de dizer, apertado, muito exigente. A tutela impõe, se a entidade, pronto aqui não posso afirmar muito bem mas se a entidade conforme o objetivo vê que é praticamente inatingível se calhar perante a tutela vai expor a situação e dizer que realmente que não consegue por este motivo assim e assim e se calhar vai haver ali um... Sim, não, há. Eu estou a lembrar-me por exemplo do caso da taxa de cesarianas. A taxa de cesarianas não pode ser superior a 25% do total dos partos e cada vez mais é impossível cumprir esse objetivo e há 3, 4 anos para cá o número de cesarianas tem vindo a crescer e por exemplo neste momento estamos com 33% de cesarianas em relação ao número de partos. O ano passado o nosso objetivo já foi de 29%, propusemos 29% sabendo que era 25% e realmente essa percentagem foi ajustada, por exemplo, pronto um dos objetivos do Ministérios é que a taxa seja 25% e esse foi ajustado.
3. Pelo que me tenho apercebido, pelo feedback superior, sim. Não há não há.
4. É assim, o serviço não piorou nem melhorou, pronto. Existe realmente mais restrições e foi solicitado que os consumos fossem mais vigiados vá lá, que houvesse um controlo melhor sobre, sobre os consumos mas que isso não pusesse em causa o tratamento ao doente, portanto, mas que houvesse uma preocupação ou atenção melhor sobre, é assim em vez de se calhar de solicitar ou pedir a compra do produto x, pode ter igual ou semelhante por y e se calhar aí temos que optar pelo mais económico ou então se tiver na prateleira dois produtos semelhantes ou dois consumíveis semelhantes se calhar o enfermeiro também optar pelo mais económico. Houve aqui uma sensibilização por parte do Conselho para todos os profissionais que tivessem atenção realmente nesse momento, isso sim sim, sem dúvida. Agora não houve utentes que pusessem em causa tratamentos. Houve atrasos sim, por exemplo eu recorde-me no serviço de oncologia, não houve entrega da medicação a tempo e houve atrasos nos tratamentos de quimioterapia. Pronto é assim, não pôs em causa o tratamento do utente. Eu estou a falar do exemplo da minha colega porque me lembrei agora, mas também tenho o exemplo por exemplo das vacinas BCG aos bebés, por exemplo. O bebé sai do hospital já com a vacina administrada e houve ali uma situação o ano passado em meados, já este ano também, que não houve o hospital não tinha para administrar e depois as crianças ó, portanto isto não pôs em causa, portanto deve ser administrada entre x tempo, pronto agora não sei especificar, não foi administrada nessa altura, depois ou recorreram aqui ao hospital ou houve um contacto depois do centro de saúde para essas crianças levarem a injeção. Portanto, quer dizer não pôs em causa o crescimento da criança nem nada disso, mas quer dizer, no momento não foi possível administrar.
5. Sim sim. O acesso dos doentes não, o que eles querem é que nós tenhamos em atenção sim reduzamos custos e tenhamos atenção aos consumos mas nunca pondo em causa o tratamento e o acesso dos doentes. Agora podemos fazer isto da melhor maneira, não é, como se faz? É complicado, mas o que eles querem realmente é e o Dr. Josué tem afirmado isso tem dado esse feedback, nunca pondo em causa os cuidados que os doentes precisam mas prestar da melhor forma, com mais consciência, vá lá, essa prestação de cuidados.
6. O acesso, mais difícil? Mais difícil é assim, mais difícil por exemplo estou a lembrar-me que tem havido muitos profissionais de saúde que por motivos de aposentação, não é, ou outros profissionais por rescisão de contrato, têm-se ausentado e tem sido difícil porque o número de

profissionais baixou e não foi, não foram substituídos, portanto se estes profissionais estão associados à atividade de consulta ou ao bloco, se calhar existem menos profissionais para dispor, para seguir esses doentes pronto. Se calhar tem atrasado um pouco se calhar o acesso, portanto se calhar se pudesse ter consulta para o mês que vem agora se calhar só daqui a dois ou três meses, depende se é distribuído depois pelos restantes profissionais. Nesses termos sim, agora o acesso é igual, agora por motivos, pronto, por este motivo como eu disse do número de profissionais ter baixado ou haver por exemplo medicamentos ou como eu lhe disse podem não estar disponíveis na hora, sim aí sim, agora o doente não deixa de poder vir ao hospital, o acesso é igual, agora se calhar é mais complicado e não conseguimos responder na hora, se calhar não, mas espero que aqueles que precisem na hora a gente esteja a responder, entende? Porque é assim há aqueles que realmente precisam na hora e nós conseguimos dar resposta, os urgentes, não é. Agora aqueles que precisam mas se calhar, tanto precisam agora como daqui a dois meses e nós conseguimos dar resposta em dois meses, ótimo, pronto. O que preocupa é aqueles que precisam na hora e nós não conseguimos dar resposta, isso aí é que preocupa.

7. Sim, sim. Pelo aumento das taxas moderadoras, pelo aumento dos transportes, pelo aumento de variadas coisas, houve sim. E notamos faltas sim, notamos faltas na consulta sim.
8. Sim, houve redução, pode ser um pouco associável às taxas, nomeadamente neste tal e qual como referi na última resposta porque por causa do acesso, realmente, portanto os utentes pelo transporte como pelo pagamento da consulta e até, tem a ver com a consulta e exames associados à consulta, e até, pronto, desculpe.
9. É assim, reduziu como eu lhe digo, tal como o acesso ao hospital tal e qual aquele transporte que nós, o hospital assumia de, o hospital assumia de um doente ir fazer um tratamento, por exemplo a outra entidade ou outro hospital. Também aí sim só agora só mesmo em casos clinicamente justificáveis ou casos sociais. Sim, também pode ter reduzido, também pode ter reduzido o acesso dos doentes ao hospital.
10. Eu espero que não, eu espero que não mas por mais que nós digamos que não, se calhar, se calhar as pessoas estavam habituadas lá está, a um determinado produto e se calhar há mudança, as pessoas às vezes não estão muito susceptíveis à mudança e ao terem que mudar de determinado produto para outro, digo produto, medicamento, consumível, material de consumo clínico, seja o que for se calhar ficam um bocadinho renitentes, mas eu espero que não que isso não tenha posto em causa o tratamento dos doentes e eu julgo que não, que isso não pôs em causa decerto.
11. Ao funcionamento em si não, é um bocadinho a resposta que dei à pouco, é assim eu espero, lá está, obriga os profissionais a ter mais preocupação com aquilo que estão a fazer, se calhar dantes em vez de tirarem uma gaze de compressas tiravam duas e abriam as duas e usavam, é preciso sensibilizar as pessoas lá está. Uma sociedade assim tão descartável temos que pensar um bocadinho se estamos a utilizar, se só precisamos de um tiramos só um, não vamos tirar dois, porquê? Porque o outro vai para o lixo, quer dizer. É um bocadinho aqui sensibilizar os utentes, é claro que as pessoas não têm ou que não são, não têm abertura ou não conseguem perceber, ou mesmo como em nossa casa, nós temos que ser aqui tal e qual como somos em nossa casa, não é, orientados, porque tudo isto é nosso tudo isto somos nós que estamos a pagar, não é, portanto temos que ter preocupação nos gastos que fazemos. Mas eu não respondi à sua pergunta, diga lá. É assim veio realmente obrigar um bocadinho mais a pensar naquilo que estamos a fazer, não é, e não haver tantos gastos, gastos supérfluos, pronto.
12. Sim, ao contrário também. Sim há, há fuga de doentes do público para o privado e se calhar o inverso também.
13. Sim sim, claro que temos conhecimento. O Dr. Josué até fez uma apresentação sobre isso na sala polivalente quando veio o ofício da, e fez uma apresentação sobre isso, aliás até mostrou as medidas impostas. Sim sim sim.
14. É assim, implicaram grande desagrado nomeadamente em horas extraordinárias, não é. Aplicaram grande desagrado por parte dos profissionais, sem duvida nenhuma, e até a contenção

- e tudo isso implicou, mas tem que haver um grande esforço e tem que se ultrapassar isso para conseguir melhorar-se, sem dúvida.
15. É assim, em relação à atividade em si, se dois profissionais têm um horário a cumprir e têm que destinar esse número de horas a determinadas atividades, eu espero e julgo que essa atividade não tenha sido, quer dizer, reduzida. Agora, por exemplo, em relação às horas extraordinárias, isso refletiu-se no serviço de urgência não é. Portanto baixou o número de horas extraordinárias. Não reflete o número de atendimentos no serviço de urgência, claro. Um médico está de urgência 24 horas, tem que cumprir aquele horário, o que reduziu aí foi aquele número de horas, pronto. Houve redução, sem dúvida, mas pelo número de utentes que baixou o acesso, o número de utentes que deixaram de vir ao hospital, pelas taxas moderadoras claro, pelos utentes que em vez de vir ao hospital vão à privada ou a outra instituição, por aí sim agora, espero que não por esse memorando provocar uma diminuição.
 16. Não só com base no memorando mas também pelos objetivos da tutela. Pois, impôs realmente medidas de contenção não é. Foi imposto pelo memorando tal e qual como tem sido pelos objetivos da tutela.
 17. É assim, para melhor, pior, acho que está igual. Para melhor, para melhor só mesmo para contribuir para o país consiga sair deste buraco. Para pior espero que não. Se está igual, não, não está igual, pronto, se este memorando saiu para que nós, Portugal, consigamos ultrapassar esta, sempre difícil mas pronto, esta situação agora não está igual mas estamos a tentar mesmo com estas contenções todas que conseguimos continuar a prestar cuidados aos utentes.
 18. Recordo bem terem havido alguns problemas realmente, que tenham, que sejam justificáveis por causa do memorando, mas não, assim de repente não me recordo de nenhum especificamente nem estou a ver algum. Pode ter havido alguma situação realmente que advenha de algum ponto do memorando.
 19. Sim, sim, sim com alguma frequência.
 20. A Entidade Reguladora da Saúde atua. É assim, não sou a melhor pessoa para responder a isso, não sei precisar, eu julgo que sim que esteve, não sei precisar quando. Sei que regularmente a Entidade Reguladora da Saúde solicita informação, agora não me recordo se realmente esteve ou se esteve com um determinado departamento ou se esteve só com o conselho ou se foi em determinado serviço ou se... Eu julgo que sim, tenho ideia de que talvez sim mas não sei precisar.
 21. É, claro que é relevante, a Entidade Reguladora dá-nos, reforça não é, vá lá, perante e ajuda-nos a tentar, sim, claro que é.
 22. A Entidade Reguladora é um dos nossos, uma das nossas tutelas. Sim, se tem condicionado... repita lá a pergunta. Sim, se condiciona, sim. Sim, penso que sim em determinados assuntos em determinados temas sim.
 23. Claro, então. É a entidade que nos regula, não é? Tal e qual como disse antes, realmente se não estivermos a fazer um determinado serviço corretamente se calhar aí intervém e nesse aspeto, esse condiciona se calhar é um pouco orienta-nos de outra forma, sim.
 24. Sim sim, fiscalização sim. Sim, semelhante. Se calhar semelhante não, até um pouco superior, pronto. Talvez um bocadinho, isso sim, talvez um bocadinho. Nós temos o Ministério da Saúde, nós temos a Entidade Reguladora da Saúde, temos uma Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, temos pronto, cada um com a sua função, mas temos, espero eu mas se calhar aí algumas repetem-se não é, mas a Entidade Reguladora, o Ministério da Saúde na sua função, a Entidade Reguladora com a sua função, a IGAS com a sua função. Sim, cada um tem a sua função, agora se se sobrepõem umas às outras, talvez haja aí, se calhar qualquer coisa semelhante.
 25. Desconheço.
 26. Não tenho presente.
 27. Sim, sim, tem dado diretrizes de forma que nós consigamos melhorar ou melhorar ou continuar com, com as imposições do memorando. Isso aí não tenho tão presente, mas dá-nos sempre

orientações de forma a que consigamos mesmo com as dificuldades continuar com a nossa linha de atuação.

1 de agosto 2013 – Hospital Distrital de Santarém

Entrevistado H

1. É o Conselho de Administração. Atualmente, sim é o Conselho de Administração, pronto, também são impostos pela tutela, basicamente. E depois são passados para os departamentos. Os serviços fazem planos de ação, depois são compilados e enfim, será o plano estratégico do hospital. Mas é sempre considerando os objetivos do hospital, se é estabelecido que a produção não ser mais do que 1000 cirurgias ou 1000 consultas os hospitais definem, com os serviços e os departamentos, definem com base nesse, nesse objetivo final, mas depois há objetivos dos próprios serviços. Por exemplo, eu tenho os MCDTs, na Patologia está acreditada, muitos dos objetivos também são definidos dentro do serviço para dar continuidade à acreditação, também há objetivos desse serviço mas que estão alinhados com os do hospital.
2. É assim, eu não participo nessas reuniões, quem participa é o Conselho. Existe reuniões de negociação do contrato-programa na ARS, pronto, presumo que algumas partes sejam negociadas outras impostas.
3. Sim, sim, sim.
4. Piorou, piorou porque houve muitas restrições orçamentais, como deve imaginar. Temos pessoas que têm saído e que não podem ser substituídas, não temos autonomia para contratar, todas as contratações neste momento passam pela ARS, temos que fazer um formulário que vai para a ARS e desde o início, nunca, veio dois ou três, pelo menos das minhas áreas. Aprovados está lá tudo retido, portanto as pessoas saem, tivemos uma técnica por exemplo da Imuno, que saiu, pediu a demissão para ir trabalhar para Londres e ainda não foi substituída. Temos, então os serviços começam a ter cada vez menos pessoas e põe menos pessoas e menos horas extraordinárias mas continuou-se na mesma a produzir mais ou a manter a produção, eu tenho o caso da Patologia Clínica que nós temos cerca de cento e muitos colheitas diárias, tínhamos prestadores nos pisos, tivemos que acabar com esse contrato de prestador porquê, porque tínhamos técnicos a colher nos pisos, só vinham cá e faziam as colheitas nos pisos que demora 3 a 4 horas a colher. Como tivemos que acabar com esse contrato por restrições orçamentais temos que ter os nossos técnicos a assegurar os pisos, logo as nossas colheitas cá em baixo ficam com um ou dois técnicos às vezes a colher. Portanto às vezes as pessoas, as colheitas são das 8 às 10, para terminar às 10 e meia mas às vezes às 11 e meia ainda estão ali pessoas, porquê? Porque temos poucas pessoas a colher. Pronto, isto são alguns exemplos, mas há mil e um exemplos. Obviamente que os serviços tentaram, pronto, dentro destes constrangimentos todos, dar o seu melhor mas as pessoas estão exaustas, exaustas mesmo. Pronto, trabalha-se mais tempo mas não se é de todo remunerado, as horas extraordinárias não compensam, tínhamos técnicos que vinham à UCI aos fins-de-semana fazer fisioterapia aos doentes, as horas extraordinárias não compensam, acabaram com a folga resultante da vinda ao fim de semana, portanto não têm direito a folga, as horas extraordinárias baixaram e eles pediram para nem vir cá senão têm que pagar para virem trabalhar. Portanto, efetivamente nota-se as restrições, são muito grandes.
5. Não, não creio que seja isso. Não creio que eles queiram, pronto, menor qualidade dos serviços prestados mas por vezes, pronto, acaba por ter essas implicações, demoras médias maiores de resposta porque há menos médicos para dar, para fazer as consultas porque eles reformam-se não têm sido substituídos. Bem, os médicos ainda é o menor, mas técnicos, enfermeiros temos tido muito menos pessoas.
6. Mais difícil não, mas talvez mais demorado.
7. Há, há. Há, não é perceção, é mesmo real.

8. Eu falo nos MCDT, portanto desconheço consultas mas temos, por exemplo, na Medicina Física e Reabilitação pessoas que na medida em que as taxas moderadoras foram indexadas aos preços da Portaria em 2012, agora com a nova Portaria esses preços baixaram e as taxas também baixaram ligeiramente mas em 2012 aumentaram drasticamente, porque a Portaria anterior das taxas estava, havia uma tabela das taxas não é, quando foi indexada aos preços da Portaria como eles estavam muito elevados as taxas foram muito elevadas e as pessoas não tinham não têm capacidade em Medicina Física e Reabilitação, para dar esse exemplo, de vir cá fazer dez tratamentos, ou seja dez dias de tratamento que será duas vezes por semana ou três dias por semana e nesse dia fazem dez tratamentos, não têm capacidade para pagarem cinco ou dez euros por dia em taxas. Telefonam às vezes a dizer olhe não, vou não posso, não tenho dinheiro não posso e pronto. Há sempre aqueles que vêm e depois têm as taxas em dívida mas acho que a nossa população sendo assim mais idosa tem uma responsabilidade interna muito grande de não ter dívidas pronto, e preferem às vezes de não vir e ficar com as dívidas, pronto.
9. Nós continuamos alguns, a passar alguns transportes.
10. Algumas situações sim, nomeadamente às vezes chegamos a não ter reagentes, chegamos pronto, algumas coisas. Houve quando foi a questão dos cabimentos foi complicado.
11. Algumas coisas sim, recursos humanos sim e pronto, e há vezes como houve a questão das cabimentações e essas coisas todas efetivamente houve alturas em que não houve materiais.
12. Fuga? Não sei se chamarei fuga, ou seja, não sei bem, e assim, como os médicos trabalham no público e no privado há sempre estas transferências de lá fora fazem determinadas coisas, vêm aqui fazer outras. Há sempre essas transferências até porque agora abriu aqui um hospital privado ao lado. Há sempre algumas transferências e acho que as pessoas continuam a ter muita confiança nos hospitais públicos e acabam sempre por dizer que quando há problemas graves o melhor tratadas acaba por ser no público, podem não ter o conforto dos privados e temos muitas instalações antigas, estamos sempre aqui a tentar renová-las e equipamentos tentar modernizar mas que, pronto, acabam por ter muita confiança nos médicos do público, pronto. Não noto assim essa fuga, até porque nos privados também se paga ou as pessoas têm seguro ou também não são atendidas, não é.
13. As que saíram no Orçamento de Estado? Foram as horas extraordinárias. Sim, a nível por exemplo, eu sei as que foram transcritas para o Orçamento de Estado e foram a partir daí, por exemplo progressões estão tipo congeladas ou seja, se tivermos funcionários que entretanto eram não licenciados e que se licenciaram até ao fim do ano para subirem para técnicos superiores ou, não estão a ser permitidas. A parte das horas extraordinárias também foi um impacto que teve grande. Acho que houve uma apresentação das medidas sim.
14. Eu não sei se isso da cabimentação se está diretamente ligado ao memorando, se estiver teve um grande impacto.
15. Não sei se também foi consequência direta ou não acabar com o SIGIC. Isso ficou parado e pronto, houve redução da atividade cirúrgica, isso sei. Nós ao nível de MCDT's pediram-nos que tentássemos reduzir os custos embora os custos estejam associados às requisições dos médicos requisitantes, ou seja, se eles requisitam muito os MCDT executam o que é requisitado, pronto. Tem sido feito algum esforço ao nível por exemplo, da Imagiologia, pronto, às vezes falar com os médicos, com o médico requisitante demonstrando às vezes que há determinados exames que não vale a pena fazer, quando pedem TAC é com tudo, pronto. Essa parte, ao nível da Patologia também se tentou implementar algumas medidas de redução, nomeadamente quando é pedida uma bateria fazer só as de segunda linha se as de primeira linha derem positivo e não fazer logo tudo consoante é tudo pedido, houve aqui algum, tentamos implementamos também aqui a Autoimunidade que era toda para o exterior e que agora é toda feita cá com reduções drásticas, mas assim, a nós pediram-nos que reduzíssemos a produção ao nível de Meios Complementares mas ao nível dos serviços há determinadas metas que também nos pediram para cumprir. Agora também sei que houve alguma redução, lá está, com a redução dos recursos humanos e com a

- difficuldade de contratar anestesistas também teve impacto direto na redução da produção cirúrgica.
16. Essas perguntas são um pouco complicadas, pois porque racionamento é assim, nós não dizemos nunca atingimos 100000 atendimentos na Urgência vamos fechar as portas porque o contrato-programa atinge os 100000, não é. Nós temos uma porta aberta e se surgem doentes atendemos, não racionamos nesse sentido mas, quando eu na Imunohemoterapia tenho uma médica, na Medicina Física tenho uma médica, que a própria médica é a própria diretora do serviço, na Anatomia Patológica tenho uma médica que também é diretora de serviço porque os médicos vão saindo e não são substituídos. Racionaliza mas é decorre da não contratação de recursos humanos, portanto racionaliza aí, ou seja não tenho as pessoas e não vou dizer olha vou reduzir o número de consultas para reduzir os custos porque, não é, porque vou reduzir o número de meios complementares pedidos, pronto isso não tem acontecido. Mas tem acontecido que os recursos humanos têm reduzido.
 17. O acesso, é assim, vou dizer o mesmo. Ao nível das taxas moderadoras reduziu alguma coisa, as pessoas, acho eu que agora modera mesmo, modera modera. Se calhar as pessoas por uma dorzinha qualquer se calhar já pensam duas vezes antes de vir à Urgência, mas é assim quando precisam vêm. Mas essa pergunta é difícil de dizer se houve moderação por causa das...
 18. É assim, eu não sei dizer-lhe se todas estas restrições são diretamente do memorando. Acho que sim. Mas é assim eu não conheço, não li o memorando se quer que lhe diga, não conheço o memorando. Conheço algumas partes do Orçamento de Estado que acho que refletem essas, pronto, mas eu sinceramente não conheço esse, não conheço não li o memorando, então são várias as decisões que têm sido tomadas mas que nós sabemos que é diretamente é o que vem no Orçamento, no Orçamento vieram restrições grandes a nível de recursos humanos pronto, e essa sim afetou imenso porque, não sei, por exemplo nos hospitais acho eu que também se passe isso lá, nos hospitais públicos-privados conseguem contratar médicos com outros valores que nós aqui não conseguimos. Isso restringe, restringe porque eles preferem ir para outro lado em que ganham mais do que aqui, certo. Em termos médicos nas urgências, ter que contratar empresas com todas as consequências que daí advém, pedem mais, pedem mais meios complementares, pedem baterias de coisas porque não sabem bem o que hão-de diagnosticar. Isso tem impactos diretos, ou seja, às vezes tenta-se restringir de uma maneira e está-se a incorrer em custos de outra maneira. Acho que a parte dos recursos humanos para mim é a que tem tido mais impacto. E depois a questão de às vezes, houve períodos aí em que prazos de entrega e essas coisas dilatarem e houve algumas situações de não haver o que era necessário nessa altura.
 19. É assim, o Gabinete do Utente quem tem é a Dr^a Ana Bento mas eu acho que as reclamações e tudo é enviado para várias entidades, uma delas talvez seja a ERS.
 20. Não, eu não tenho mas é assim, o Conselho de Administração é que faz todo o envio.
 21. Nunca tive perceção deles intervirem diretamente. Não sei o que eles fazem aos dados, se intervêm ou não, eu não tenho conhecimento de intervenção.
 22. Há algumas coisas que a ERS envia para cá a solicitar dados e a regular de alguma forma, mas sei que já houve pedidos para resposta à ERS.
 23. É assim, como Entidade Reguladora acho que sim que existe, que faz sentido em existir, no entanto o que acho também é que existe uma multiplicidade de entidades, nomeadamente o IGAS, a ACSS, a ARS, o Tribunal de Contas, já são várias as entidades não sei lhe especificar a mais-valia, dizendo, na teoria como Entidade Reguladora existe para regular mas também existe a ERSE, a Energia e não sei muito bem... o que sei é que nós, eu não tanto, mas os recursos humanos ou o gabinete de controlo de gestão que é uma panóplia de pedidos de solicitações diárias, praticamente diárias, com prazos apertados para envio de informação. O hospital passa a vida a enviar informação.
 24. Eu acho que deve haver áreas em que se sobrepõe as competências, mas não conheço aprofundadamente as competências da ERS mas haverá coisas que se sobrepõem.
 25. Houve um inquérito qualquer. Não tenho ideia, o Conselho é que deve saber.

26. Ai, isso acho que não, quer dizer, não sei mas não vi nenhuma ligação.
27. Eu acho que sim, não sei se eles averiguam. Eu não sei. Não, mas ainda relativamente à primeira parte, eu acho que a ERS atua na parte da defesa da qualidade.

1 de agosto 2013 – Hospital Distrital de Santarém

Entrevistado I

1. Os objetivos é o conselho de administração, em colaboração com a ARSLVT, portanto os objetivos são sempre de desempenho, não é. Anualmente. Os colaboradores têm uma participação ativa, até porque se insere muito no plano de desempenho de cada serviço e não pode ser de outra forma, aí sim, têm uma intervenção muito ativa.
2. Impõe. É mais imposto embora, embora seja negociado. É sempre negociado mas há, há realmente até porque tem que haver, há uma limitação. É uma negociação mas como temos os tais constrangimentos que sabemos a nível orçamental, portanto também eles nos dizem até onde podemos ir até a nível de produção, não é, para também isso não ser, não se repercutir muito nos custos.
3. Sim, sim.
4. A qualidade mantém. É feito um esforço grande da parte dos profissionais e da Administração para que a qualidade aos utentes não diminua, o que há é e o que se procura é isto que acabou de ver, é uma gestão muito mais racional dos recursos. O envolvimento muito maior ainda maior dos profissionais, ainda maior porque sempre houve, portanto as pessoas são muito mais envolvidas, estão muito mais esclarecidas e, de modo que o que se consegue não gastar por um lado, seja em benefício do doente, portanto não há diminuição da qualidade, eu não acho que haja.
5. Sim, acho que sim.
6. Não. Não, não me parece porque a política deste hospital é independentemente do objetivo que nos é imposto, é cuidar, cuidar dos doentes. Portanto quem vem é recebido, e é bem, e é bem recebido e é bem tratado. Mesmo o Dr. Josué, que é o presidente, incute muito em toda a gente essa, essa política. Se o objetivo é os doentes virem à consulta a tempo e horas, nem todos os médicos têm, têm essa, essa sensibilidade nos centros de saúde, mas eu não noto diferença. Como também há diminuição de médicos quanto muito pode demorar a marcação da consulta e efetivação da consulta mas não temos, não há queixas aí nesse sentido. Ora é claro que se temos menos oftalmologistas eles não podem produzir o mesmo e em tempo útil como poderia, se são quatro não podem produzir o mesmo e em tempo e e no mesmo tempo se fossem seis. E o mesmo se aplica a qualquer outra especialidade. Mas no acesso não piorou.
7. Eu não tenho conhecimento que não venham por motivos económicos. É provável que isso aconteça, até porque o facto de cada pessoa, a redução por exemplo da comparticipação nas ambulâncias, nos transportes, isso também vem condicionar um pouco as pessoas mais idosas. Mas eu penso que, que eventualmente arranjam alternativas, não tenho essa noção. Enquanto elemento do conselho de administração não posso dizer que tenha essa noção, aquilo que se ouve é que efetivamente as pessoas não vêm. Ou não vêm ou levam as receitas e não as aviam na farmácia, mas a Urgência mantém o mesmo número de utentes, de atendimentos, as consultas não diminuiu a procura nas consultas, não, penso que não.
8. Eu não, em relação a isso não tenho, não tenho, não tenho essa noção, que tenha a ver com as taxas moderadoras. Penso que tem mesmo a ver é com, também a nossa oferta não é, também diminui, a oferta do hospital não é. Temos menos, temos menos consultas a oferecer. Por outro lado a oferta, a procura diminui em algumas especialidades, não é em todas. A procura na ortopedia, na urologia, em especialidades, digamos, cuja resposta os médicos de família não é tão efetiva ou tão eficiente não é, porque também eles não têm, é o que me parece, eu estou a dar

aquilo parece às vezes os números e a sensibilidade por parte dos gestores não é a mesma da parte técnica, não é. Mas a mim o que me parece tem a ver com isso, se eles conseguem responder em termos de medicina interna, em termos, eu estou a falar dos médicos de família, em termos de até de alguma cirurgia, de coisas minor, que podem não referenciar tanto e é aí que se nota a diminuição da procura, nas outras não se nota a diminuição da procura, pelo menos é isso que nos dizem. Agora, nós temos menos médicos, se temos menos médicos também temos que ter menos produção. Também temos um hospital privado aqui portanto os seguros vão mais para lá, e este ano também isso pode ser uma consequência e também temos mais oferta na privada e as pessoas podem desviar-se para lá, mas não me parece que seja essa a razão das taxas moderadoras, até porque a nossa população é tão idosa, esses normalmente são todos isentos, vêm cá todos, não têm outra hipótese.

9. Pode ter reduzido, não reduziu em número tão significativo que se repercuta na na, no desempenho, não me parece porque também não eram assim tantos tantos tantos, não é. E as pessoas acabam por arranjar, quem está doente arranja alternativa ou vem mesmo de ambulância e se comprovadamente precisa acaba por ser paga.
10. Não respondeu.
11. Sobretudo, diminui o poder negocial também, não sei se é neste sentido, até a negociação com os fornecedores é difícil, não é. Porque se nós não temos os meios, o dinheiro, para fazer face à despesa e aos compromissos que temos depois também temos dificuldade em negociar melhores preços é um bocado nesse sentido. Não percebi a pergunta. Criou, mas sim. Pois, pois mas cria por exemplo em relação às horas extraordinárias, por exemplo nós temos que às vezes reduzir o pessoal por turno, em relação à contratação de pessoal nós temos grandes dificuldades em assegurar cuidados seguros, passe um pouco o pleonasmo mas pronto, não tenho outra forma, porque as pessoas não são substituídas, a nível até de assistentes operacionais que aqui têm um papel fundamental porque são elas que asseguram toda a higienização do serviço para além da colaboração nos cuidados, também temos esse constrangimento. E isto repercute-se um bocado na na na nossa prestação, portanto há um esforço acrescido e ao nível da gestão isto nota-se muito. Os utentes não notam tanto porque nós fazemos exatamente o esforço para que isso não se repercuta na qualidade mas o esforço é, é enorme sem dúvida. Os constrangimentos orçamentais, o senhor presidente que é o nosso gestor financeiro saberá muito melhor do que eu, mas mas tem repercussões.
12. Ao nível da maternidade eu acho que aconteceu. A nível da maternidade, penso embora tenha a ver também com a diminuição da natalidade, mas o facto de termos o Hospital da Luz aqui tão perto e porque e a CUF também, eu acho que sim e as pessoas têm seguros de saúde, eu acho que pode ter acontecido alguma fuga. Em relação aos outros utentes não noto, eu não noto grande diferença de movimento até porque a Urgência está repleta, o que se nota é realmente o envelhecimento e a procura é por doentes mais idosos e daí eu até penso, como são tantos isentos que nem se notará tanta tanta diferença, agora. Neste período sim, há diminuição mas isso tem a ver com com com a sazonalidade também, mas eu não noto que haja.
13. Não, não foram dadas a conhecer. O que falamos é aqui, eu não tenho conhecimento de que o Governo nos tenha mandado o memorando de entendimento. Eu não tenho conhecimento, mas eu às vezes sou um pouco, como é que hei-de dizer, preocupo-me mais com a parte assistencial do que com a outra, o hospital tem quem se preocupe com essa parte, não é, o que não quer dizer que não se discuta, discute-se, mas eu não conheço o memorando mas sei daquilo que oiço na comunicação social e daquilo que às vezes discutimos não é, portanto todas estas dificuldades nas contratações, nas reduções do preço dos custos com horas extraordinárias, na redução dos custos com pessoal, com medicamentos, portanto todas as metas e todos os objetivos que são impostos ao hospital têm a ver com isto.
14. Há, há impacto mas é como eu já disse anteriormente, há um esforço muito grande por parte do Conselho de Administração para que isso não se repercuta na qualidade, portanto nós fazemos, faz-se fazem-se tomam-se outras coisas, fecham-se, reduzem-se camas para que o orçamento

seja o mais ajustado possível embora nunca é ajustado logo no início, nós partimos sempre há muitos anos e não é de agora de orçamentos desajustados, portanto o financiamento do hospital já não é adequado ao funcionamento normal e para fazer face à despesa, nunca é, portanto são desajustados, agora portanto é muito mais é muito mais é muito mais apertado, não é. A sensação que me dá é que deixe-me passar um pouco a expressão paga o justo pelo pecador, ou seja, o hospital de Santarém sempre teve, foi muito parcimonioso na despesa, portanto foi sempre muito controlado quer com o pessoal, quer com medicamentos, porque houve sempre um controlo muito apertado nesta área, eu posso falar porque estou aqui há oito anos portanto, há oito na Administração, enfermeira chefe há muitos portanto sempre sofri um pouco isso e sempre foi essa a nossa forma de estar. Portanto neste momento já não dá para reduzir mais, quer dizer, porque já antes tínhamos essa política, o que me parece é que ainda deve haver hospitais com com com, mais gastadores do que o nosso e que possam efetivamente reduzir mais a despesa, coisas que nós começamos a ter alguma dificuldade. E agora com a introdução de se falar desta medida do aumento do horário médico para as quarenta horas é uma despesa que vai haver com vencimentos, portanto logo aí é injusto para as administrações, terem aprovado uma coisa e se passar a nível do ministério é injusto porque vai desequilibrar imenso os custos com pessoal. Portanto eu acho que não é real, não é real o orçamento que nos é imposto, nós não podemos negociar, é-nos dito que têm isto para gastar, quando vem porque depois não vem.

15. Eu acho por exemplo, a nível das próteses teve de haver teve de haver sobretudo, o que eu acho é que houve foi uma negociação muito maior até com a parte, com os grandes intervenientes por exemplo nas escolhas dos dos dispositivos médicos, houve, houve necessidade de fazer ver às pessoas que tínhamos de, de ponderar muito bem a forma como o dinheiro era gasto, o que não quer dizer que não fosse antes. Podia haver antes alguma permissividade que agora não é possível que aconteça, portanto há um, é mais efetivo o controlo, não é, embora como já disse o senhor presidente que também é o nosso gestor financeiro fosse uma pessoa muito atenta e a nível do aprovisionamento tudo isto era muito negociado e era muito, o fator económico pesava e a relação preço / qualidade continua, continua a ser, a ser importante, mas agora é mais, há uma efetividade maior em termos deste controlo.
16. Não, eu acho que não. Vamos lá ver, se a atividade pode ter diminuído mas também é por falta de pessoal, por falta de tempos operatórios, porque houve greve, por isso e por aquilo. Se calhar a nível, como há pouco estava a dizer anteriormente a nível das próteses, tem que se ponderar muito bem, porque são caras, se calhar em vez de pôr cinquenta só podemos pôr trinta, então vamos ver quais são os doentes que vão beneficiar mais, mas isto é tudo um processo muito negociado, não é, vamos ver quem é o doente que vai beneficiar mais com com com esta prótese, eventualmente a esse nível mas não, não me parece que, não me parece não, tenho a certeza, que não é essa a nossa postura, não é. Portanto os doentes não são penalizados por isso.
17. Eu acho que é igual, sim.
18. Eventualmente se tem a ver com custos com pessoal, sim. Dificultou neste sentido, não é, portanto uma redução de efetivos e eu estou a falar muito muito na área da enfermagem e dos assistentes operacionais porque os médicos nós não temos para contratar, a esse nível sim e podíamos podíamos estar um pouco mais desafogados e dar um pouco mais de qualidade. A qualidade é mantida mas é com muito com muita dificuldade, digamos. Portanto podia haver um pouco, as pessoas podiam estar, porque eu noto que as pessoas não estão satisfeitas, não é só porque também a diminuição dos vencimentos tem sido muito neste, sobretudo neste último ano, mas a dificuldade nas contratações e a diminuição do pessoal traz insatisfação porque as pessoas andam cansadas e é muito nesse sentido, portanto as pessoas mantêm a qualidade mas é um esforço muito grande, porque o rácio enfermeiro / doente, por exemplo, é muito baixo e as pessoas estão cansadas. Mas a qualidade não se perdeu.
19. Acho que sim. Essa é uma área que não está, não está, não faz parte da minha área de desempenho aqui no Conselho, mas pelo aquilo que nós fazemos a Entidade Reguladora da Saúde pede dados sobre tudo, portanto seguramente sobre esse.

20. Sim, mas vieram cá, mas eu agora confesso não me lembro em que âmbito, portanto não sei mesmo, sei que sim que andaram, eles fazem muitas questões mas não houve nenhuma intervenção ao nível de sanção ou qualquer coisa em relação a nós, eles pedem muitos dados.
21. Não, acho que não.
22. Não, não tem, eu acho que não. Eu não sinto isso. Eu penso que nós temos que dar qualidade e a qualidade, é importante que haja alguém que nós sabemos e também que a população saiba que os organismos existem e que podem recorrer a eles, não é. Mas não noto que, que, que seja que a ERS tenha assim um papel tão decisivo no desempenho.
23. Tem, nesse aspeto tem. Porque também nos é dado a ver às vezes até coisas que nós podemos não, não, não ver no imediato e até porque também muitas vezes fazem benchmarking com outros hospitais e, para nós é importante para melhorar o desempenho, acho que sim, embora não é decisivo para o desempenho mas melhora, pode ajudar a melhorar e a conhecer os nossos pontos fracos também.
24. Eu acho que é. Eu acho que é. Eu pelo menos respeito-a como tal. E nós respondemos sempre e, e nós ficamos sempre preocupados quando a ERS intervém, porque é sinal que alguma coisa não está bem ou alguém não está satisfeito, mas eu acho que é igual, devemos manter o deferimento, a deferência para com essa entidade que temos para com as outras.
25. Não. Não tenho conhecimento. Vamos lá ver, não quer dizer que não possa ter acontecido, eu não me lembro, não me lembro que tenha acontecido mas penso que não.
26. Que eu saiba não, que eu saiba.
27. Sempre que a Entidade questiona o hospital sobre alguma coisa o que tem em vista é sempre a melhoria da qualidade, portanto se houve intervenção não foi a um nível muito preocupante porque não tenho presente as situações, mas a qualidade e a melhoria da qualidade esteve sempre presente seguramente porque também é esse, é esse, é essa é esse o fim do organismo. Ao nível da concorrência, não. Nós não temos concorrência. O hospital privado abriu já em finais de 2012 ou 2011, mas a existir é do hospital privado para nós alguma coisa que possa não estar bem e eles mandam os doentes para aqui ou qualquer coisa. Do nosso hospital em relação a eles não notamos concorrência, até porque os nossos doentes não, não têm, não vão ao hospital privado, eles não têm dinheiro para isso, tem a ver com isso. Ou têm seguro e vão ao hospital privado ou têm dinheiro e vão ao hospital privado ou tem que ir ao hospital do Estado porque as pessoas não têm possibilidades económicas para irem ao hospital privado. O único, a única coisa que eventualmente e o único sitio ou os únicos hospitais privados a única concorrência que nós temos é ao nível da maternidade, não é que tenha mais qualidade mas tem a oferta hoteleira, dos hospitais em Lisboa, melhora, nos hospitais privados de Lisboa, é melhor do que a nossa, sobretudo a facilidade do acompanhamento, não é, de resto o hospital privado em Santarém não veio trazer, não veio tirar doentes ao hospital.

Anexo V - Tratamento das entrevistas

Categoria - MdE e a oferta da instituição

Pergunta		
Entrevistado	1. Quem define os objetivos da instituição? Existe por parte dos colaboradores uma participação ativa nessa definição?	
	Unidade de registo	
	Quem Define	Processo de negociação interno
A	(...) O conselho de Administração e a ARS (...)	(...) os diretores de serviço são auscultados, pelo menos são informados (...). (...) depois há sempre alguma margem pelo menos em algumas áreas, para haver discussão (...)
B	É o Conselho de Administração.	Processo negocial com os serviços. Interno.
C	O conselho de administração.	(...) baseado já naquilo que negociou com os departamentos, os serviços (...)
D		os objetivos são sempre definidos em conjunto entre o conselho de administração e os serviços
E		(...) negociadas consoante o que o Conselho de Administração tivesse como diretivas superiores (...)
F	(...) são definidos pelo Conselho de Administração	(...) existe alguma participação em termos de contratualização interna (...)
G	Os objetivos da instituição são definidos pelo Ministério da Saúde	(...) existe um contrato programa todos os anos onde são definidos os objetivos (...)
H	É o Conselho de Administração.	(...) também são impostos pela tutela, basicamente. E depois são passados para os departamentos.
I	(...) é o conselho de administração, em colaboração com a ARSLVT (...)	Os colaboradores têm uma participação ativa (...)

Pergunta		
Entrevistado	2. A tutela impõe objetivos e metas à instituição? Há um processo realmente negocial em que ambas as partes cedem e conquistam objetivos?	
	Unidade de registo	
	São impostos objetivos pela tutela	Há um processo negocial com a tutela
	A Há pontos que não são discutíveis.	Noutras, pronto, há aceitação, há, digamos, alguma flexibilidade.
	B Há um plafonamento a 100%. Há, há imposições.	
	C (...) nós negociamos com os nossos colaboradores mas depois a tutela impõe.	
	D (...) há muito definição de objetivos de cima para baixo	(...) sempre resultou de um processo, enfim, negociação é excessiva, mas é de alguma forma resulta de alguns acordos que se fazem entre as propostas do hospital e as propostas da tutela (...)
	E (...) o conselho de administração tem orientações superiores em relação àquilo que devem ser as grandes linhas (...)	(...) havendo sempre a possibilidade de negociar como é que a meta global é cumprida internamente (...)
	F (...)penso que não, que não há grande negociação.	
	G A tutela impõe (...)	(...) se a entidade conforme o objetivo vê que é praticamente inatingível se calhar perante a tutela vai expor a situação e dizer que realmente que não consegue por este motivo assim e assim e se calhar vai haver ali um... Sim, não, há.
	H Existe reuniões de negociação do contrato-programa na ARS, pronto, presumo que algumas partes sejam negociadas outras impostas.	
	I Impõe	É mais imposto embora, embora seja negociado.

Categoria - MdE e a oferta da instituição

Pergunta		
Entrevistado	3. Na negociação do contrato-programa anual, a tutela condiciona a capacidade negocial da instituição através do controlo do financiamento ou imposição de metas?	
	Unidade de registo	
	Há uma redução da capacidade negocial do hospital	Há imposição de metas
	A Sim, há um orçamento que tem que ser respeitado (...)	(...) há um teto, um plafonamento digamos assim, de financiamento e acaba por ser da atividade.
	B	Sim sim. A tutela tem um plafom financeiro e esse plafom financeiro é traduzido em atividade e daí não se passa.
	C Necessariamente. Eles pagam aquilo, dizem que pagam assim (...)	
	D (...) assiste-se a um certo plafonamento, isto é, assiste-se a uma procura e uma tentativa de colocar debaixo de um orçamento o máximo de atividade possível e nesse sentido há uma limitação de facto.	
	E Há. A perceção que tenho é que existe um bolo global para a instituição, depois a forma como esse bolo se vai desgregar pelas diferentes linhas, digamos, de produção, é que é negociado.	
	F Penso que sim, sim.	
	G (...) pelo feedback superior, sim.	Não há não há.
	H Sim, sim, sim.	
	I Sim, sim.	

Categoria - MdE e a oferta da instituição

Pergunta		
Entrevistado	4. O serviço prestado pela instituição piorou ou melhorou qualitativamente entre 2011 e 2012?	
	Unidade de registo	
	O serviço piorou	Manteve-se ou aumentou nível de serviço
A	(...)houve um, digamos, alguma necessidade em cortar custos e isso acaba sempre de alguma maneira, nem que seja nas manutenções, digamos, algumas manutenções abdicar ou digamos, espaçar, há esses aspetos que é evidente deterioram um pouco a qualidade dos serviços.	Em alguns aspetos acho que piorou, noutros acho que melhorou.
B		(...) não houve grandes diferenças, quer dizer digamos que não houve, aí, ainda não sentiu um grande impacto das medidas de contenção nas despesas no hospital de Santarém.
C	Piorou a qualidade do atendimento na urgência.	O serviço prestado, os serviços médicos são equivalentes.
D	Desde que não sejam para patologias oncológicas ou muito severas admitimos que há um certo deixar para depois o que noutro momento seria feito agora. Aí sim, há uma certa limitação.	Em termos de qualidade e pior ou melhor é uma questão de qualidade, não é, em termos de qualidade manteve-se ao mesmo nível e aqui e acolá melhorou até em termos de qualidade.
E		(...) no nosso micro contexto nós melhoramos, mas aqui temos uma, temos um efeito que não tem a ver com o memorando tem a ver com uma decisão estratégica do departamento.
F		Manteve-se.
G		É assim, o serviço não piorou nem melhorou (...)
H	Piorou, piorou porque houve muitas restrições orçamentais (...)	
I		A qualidade mantém.

Pergunta		
Entrevistado	5. Há pressão por parte da tutela para reduzir custos, mesmo sacrificando a produção e o acesso dos utentes?	
	Unidade de registo	
	Existe pressão	Com sacrifício do acesso e produção
	A (...) não há uma pressão expressa mas é evidente que há um acompanhamento muito próximo e que vai sempre alertando que as coisas não estão a correr como deveriam (...)	
	B A pressão existe, existe pressão no sentido de redução contenção de custos (...)	(...) mas sem afetar quer quer o acesso quer quer a qualidade dos cuidados (...)
	C	Em termos dos serviços o desempenho técnico é igual.
	D A pressão da tutela e a pressão igual à que temos nas nossas casas, é reduzir custos (...)	(...) tentar com procura de eficiência tentar que essa redução de custos não ponha em causa a normal vivência das coisas (...)
	E Da qualidade não sei dizer, a nível da produção creio que sim, creio que sim, que há.	
	F Penso que há certamente pressão para reduzir custos (...)	(...) com a exigência ou contrapartida de manter a qualidade e a produção.
	G 5. Sim sim.	(...) nunca pondo em causa o tratamento e o acesso dos doentes.
	H Não, não creio que seja isso.	Não creio que eles queiram, pronto, menor qualidade dos serviços prestados mas por vezes, pronto, acaba por ter essas implicações (...)
	I 5. Sim, acho que sim.	

Categoria - MdE e a oferta da instituição

Pergunta	
Entrevistado	6. Face a 2011, o acesso aos cuidados de saúde na instituição é mais difícil?
	Unidade de registo
	É mais difícil
	A (...) há áreas em que se conseguiu assegurar, há outras que porventura, digamos a acessibilidade piorou um bocadinho.
	B Mantém-se as dificuldades no acesso que se verificavam em 2011.
	C (...) eu não posso dizer que por aí há uma diminuição do acesso (...)
	D Nós mantemos rigorosamente a mesma disponibilidade para responder à procura, temos efetivamente uma pressão e é grande, para reduzir custos (...)
	E Essa informação já fica fora do meu âmbito (...)
	F Não, acho que não.
	G (...) o acesso é igual, agora se calhar é mais complicado e não conseguimos responder na hora (...)
	H 6. Mais difícil não, mas talvez mais demorado.
	I Não, não me parece porque a política deste hospital é independentemente do objetivo que nos é imposto, é cuidar, cuidar dos doentes.

Categoria - MdE e a oferta da instituição

Pergunta		
Entrevistado	10. A redução de custos impôs a redução da prestação? E da qualidade?	
	Unidade de registo	
	Reduziu a prestação	Reduziu a qualidade
A	Há, então a partir do momento em que os valores hora dos profissionais baixa, em que há digamos limites para pagar, digamos, aos recursos humanos e não só, é evidente que torna-se mais difícil a contratação de pessoal.	
B	(...) não houve qualquer reflexo da redução de custos na prestação.	Não deixámos de facultar tudo aquilo que os doentes necessitavam ou que é necessário para os doentes por causa das reduções de custos.
C	(...) existe diminuição (...)	(...) existe é um controlo, talvez um pouco porque anteriormente havia menos controlo e agora as coisas começam mesmo a ser controladas.
D	Não respondeu	
E	Na psiquiatria a redução na atividade não creio que se tenha verificado, a não ser no hospital de dia de pedopsiquiatria, com a condicionante que houve dos pais não poderem trazer as crianças.	Não notei que houvesse esse problema (...)
F	Não impôs a redução da produção, mas impôs pelo menos a manutenção, o não aumento.	
G	(...) eu espero que não que isso não tenha posto em causa o tratamento dos doentes e eu julgo que não, que isso não pôs em causa decerto.	
H	Algumas situações sim, nomeadamente às vezes chegamos a não ter reagentes, chegamos pronto, algumas coisas.	
I	Não respondeu	

Categoria - MdE e a oferta da instituição

Pergunta		
Entrevistado	17. O acesso à Saúde na instituição alterou-se com o MdE, entre 2011 e 2012? Para melhor, pior, ou está igual?	
	Unidade de registo	
	Acesso manteve-se ou melhorou	Acesso piorou
A	(...) em termos de urgência acho que não, pronto aí procuramos manter tudo.	(...) houve algumas áreas que se ressentiram, pronto, consequência das saídas e não reposições dessas mesmas saídas e penso que aí o hospital ficou um pouco mais pobre, digamos, nalgumas especialidades.
B	Não, não há qualquer alteração.	
C	(...) sofreu porque de alguma forma nós não tivemos possibilidades de fazer tanta adicional, porque nós tínhamos aí programas de recuperação e tivemos, tivemos na oftalmologia, tivemos em outras especialidades em que com os profissionais e com as horas que tinham de contrato não era possível atingirem o que tinha sido negociado e o que os doentes em lista precisavam	
D		Não, não.
E		
F		Não, acho que não.
G		(...) acho que está igual.
H		O acesso, é assim, vou dizer o mesmo. Ao nível das taxas moderadoras reduziu alguma coisa (...)
I	Eu acho que é igual, sim.	

Categoria - MdE e a procura de cuidados

Pergunta		
Entrevistado	7. Há redução da procura por motivos económicos? Aumentou o nº de doentes que não vêm à instituição, por motivos económicos?	
	Unidade de registo	
	Redução de procura	Doentes faltam por motivos económicos
	A	Há mais dificuldade, mas quando é necessário vêm na mesma.
	B	(...) este ano já houve um acréscimo do recurso ao serviço de Urgência (...)
	C	Há, há.
	D	A questão não está estudada, não está estudada mas admitimos que sim.
	E	Sim, sim.
	F	Penso que sim, que há doentes que poderão não vir por razões económicas sim, não terem transporte ou por terem que pagar taxas moderadoras.
	G	Sim, sim.
	H	Há, há. Há, não é perceção, é mesmo real.
	I	É provável que isso aconteça (...)

Pergunta		
Entrevistado	8. O aumento das taxas moderadoras reduziram o nº de utentes? Em que serviços? Associa de alguma forma a redução da produção com o aumento das taxas moderadoras?	
	Unidade de registo	
	Redução de utentes por causa das TM	Redução da produção por causa das TM
	A (...) eu acho que as taxas numa fase inicial tiveram alguma, alguma influência, as pessoas andaram aí um pouco preocupadas mas neste momento acho que não é significativo.	(...) em termos de afluência não, não creio que isso tenha afetado.
	B Pode ter, pode ter, enfim pode ter efeito que não se pode quantificar.	Não, será um conjunto de fatores, não se pode enfim, retirar daí, poderá ter tido o seu peso.
	C (...) efetivamente em termos de adultos há alguma limitação porque as pessoas não têm dinheiro (...)	Mas se isto é assim nos adultos, nas crianças, especialmente nas crianças muito pequeninas não é bem.
	D (...) no ano 2012 notamos muito isso na urgência, (...) ao contrário do perfil que estava estabilizado ao longo dos últimos sete ou oito anos, no ano de 2012 caiu substancialmente na ordem dos oito a dez por cento de idas à urgência.	Na consulta não tanto, não tanto mas também, isto é há uma diminuição na ordem dos quatro a cinco por cento que nós podemos imputar a razões de ordem económica e às taxas moderadoras (...)
	E A nível dos agudos, todos nós reparámos que houve pessoas que reclamaram ou que verbalizaram o aumento de custo. Agora, daí retirar que houve redução, não sei se se pode dizer isso.	
	F Penso que sim. Penso que poderá ter tipo pelo menos no início, algum impacto na Urgência. Mas nas outras áreas eu acho que não.	
	G 8. Sim, houve redução, pode ser um pouco associável às taxas (...)	
	H (...) as taxas foram muito elevadas e as pessoas não tinham não têm capacidade em Medicina Física e Reabilitação, (...) , não têm capacidade para pagarem cinco ou dez euros por dia em taxas. Telefonam às vezes a dizer olhe não, vou não posso, não tenho dinheiro não posso e pronto.	
	I (...) não me parece que seja essa a razão das taxas moderadoras, até porque a nossa população é tão idosa, esses normalmente são todos isentos, vêm cá todos, não têm outra hipótese.	Temos menos, temos menos consultas a oferecer. Por outro lado a oferta, a procura diminui em algumas especialidades, não é em todas.

Categoria - MdE e a procura de cuidados

Pergunta	
Entrevistado	9. As alterações no transporte de doentes reduziu o nº de utentes?
Unidade de registo	
Redução de utentes	
A	É assim, eu não tenho notado isso em termos estatísticos mas há alguns comentários de enfermeiros e de técnicos que dizem que sim, que há pessoas que não vêm porque não têm transporte.
B	Não houve qualquer constrangimento a esse nível, transporte de doentes.
C	Acho que sim, acho que sim.
D	9. Não, por aí não, por aí não (...)
E	Na área da psiquiatria isso não se verifica.
F	Não, acho que não.
G	(...) reduziu como eu lhe digo, tal como o acesso ao hospital tal e qual aquele transporte que nós, o hospital assumia de, o hospital assumia de um doente ir fazer um tratamento, por exemplo a outra entidade ou outro hospital.
H	Nós continuamos alguns, a passar alguns transportes.
I	Pode ter reduzido, não reduziu em número tão significativo que se repercuta na na, no desempenho (...)

Pergunta		
Entrevistado	12. Há fuga de utentes do público para o privado? E o contrário?	
	Unidade de registo	
	Fuga para o privado	Fuga para o público
A	(...) assumo que sim que haja, isso tem a ver com o valor das taxas moderadoras e eu explico porquê: tudo o que é subsistemas que estão ligados ao Estado neste momento não têm grande interesse em vir aos hospitais públicos (...)	Não sei se vêm mais ou menos porque quando entram aqui entram como os outros. Sempre houve transferência de doentes e portanto, presumo que continuará a existir principalmente de doentes que sejam pouco atrativos em termos económicos.
B	Não, não. Nós temos aqui o efeito, por exemplo, do novo hospital de Vila Franca, não houve qualquer reflexo.	
C	há eventualmente essa pequena fuga das pessoas com seguros para as pequenas coisas. No resto se calhar não.	
D	Não temos razões para pensar que haja transferência de doentes do público para o privado, mesmo a diminuição de afluência ao hospital, a nosso ver não significa transferência para o privado.	
E	Não na psiquiatria (...)	
F	Acho que sim.	Houve pessoas que deixaram, penso eu, que deixaram de ter seguros de saúde que pagavam e fugiram para o público.
G	Sim há, há fuga de doentes do público para o privado (...)	(...) se calhar o inverso também.
H	(...) há sempre estas transferências de lá fora fazem determinadas coisas, vêm aqui fazer outras (...)	
I	Ao nível da maternidade eu acho que aconteceu.	

Categoria - MdE e as rotinas da instituição

Pergunta		
Entrevistado	18. Atribui ao MdE algum ou alguns problemas no funcionamento da instituição? Quais?	
	Unidade de registo	
	Problemas associados ao MdE	Não associação de problemas ao MdE
	A	(...) tenho alguma dificuldade, é evidente que estas últimas alterações têm, têm mudado alguma coisa.
	B	Não, não. Não há qualquer.
	C	(...) este controlo das contas, esta auditoria permanente sobre as contas, os timings de apresentar os respetivos relatórios muito apertados (...)
	D	Não só. A questão do financiamento é de facto o que nos transtorna, é o financiamento que está de todo desajustado da realidade.
	E	A substituição de pessoal, que é transversal.
	F	(...) as pessoas vêm os seus vencimentos reduzidos que pode criar algumas resistências mas isso não é não é mensurável.
	G	(...) não, assim de repente não me recordo de nenhum especificamente nem estou a ver algum.
	H	Acho que sim. Mas é assim eu não conheço, não li o memorando (...)
	I	(...) se tem a ver com custos com pessoal, sim.

Pergunta	
Entrevistado	19. A Entidade Reguladora da Saúde solicita dados para avaliação dos direitos de acesso dos utentes?
	Unidade de registo
	Solicita dados relativos a direitos dos utentes
	A (...) temos relatórios, penso que há um relatório de acesso que é da Entidade Reguladora da Saúde que é enviado em termos de cumprimento de tempos médios, temos máximos garantidos, os TMGR ou lá o que é, sim há algum fluxo de informação.
	B Sim, a ERS tem acesso a informação relativa a listas de espera, nomeadamente quer listas de consulta externa quer cirúrgicas e é por aí que avalia o acesso.
	C Eles pedem, pedem e às vezes mandam relatórios para cá, coisas, enfim, eles vão pedindo algumas coisas, vão.
	D Sim, regularmente.
	E Faz, faz, isso faz. Pede-nos dados mensal, mensalmente. Trimestralmente pede-nos a informação das listas de espera, isso faz.
	F Sim sim sim, a consulta a tempo e horas.
	G Sim, sim, sim com alguma frequência.
	H (...) eu acho que as reclamações e tudo é enviado para várias entidades, uma delas talvez seja a ERS.
	I (...) a Entidade Reguladora da Saúde pede dados sobre tudo (...)

Categoria - ERS

Pergunta	
Entrevistado	20. A ERS atuou na instituição em 2012? Em que atividade?
	Unidade de registo
	Atuação da ERS em 2012
	Âmbito
	A (...) eu não tenho conhecimento que tenham estado cá estado.
	B Em 2012 não esteve.
	C (...) não lhe sei dizer exatamente em que anos é que vieram (...)
	D Não no hospital. Pediu uma ou outra explicação num caso ou outro (...)
	E
	F Se veio não tive conhecimento (...)
	G (...) eu julgo que sim que esteve, não sei precisar quando.
	H Não
	I (...) confesso não me lembro em que âmbito, portanto não sei mesmo, sei que sim que andaram (...)

Categoria - ERS

Pergunta	
Entrevistado	21. O papel da ERS é relevante na instituição para garantir os direitos dos utentes ao acesso a cuidados de saúde com qualidade?
Unidade de registo	
	<div>É relevante</div> <div>Não é relevante</div>
A	É mais uma, uma entidade digamos assim, porque é pá, há várias (...)
B	A ERS não regula nada, a ERS monitoriza, avalia, emite pareceres.
C	Eu creio que é mais importante que haja a cultura da qualidade e essa qualidade não é a ERS que a vai pôr.
D	Não é a Entidade que é relevante, relevante não. É o normativo em vigor e esse nós cumprimos-lo, portanto não é. O que é é o normativo e não a Entidade.
E	Nós temos um problema de regulação, a meu ver. Temos uma Direção Geral da Saúde, temos uma Entidade Reguladora da Saúde, temos uma ACSS e não temos muito bem definido quando começa a margem de um e a margem de outro.
F	Não.
G	(...) claro que é relevante (...)
H	Nunca tive perceção deles intervirem diretamente
I	Não, acho que não.

Categoria - ERS

Pergunta	
Entrevistado	22. A instituição tem o seu funcionamento condicionado pela atividade da ERS?
	Unidade de registo
	Há condicionamento
	Não é condicionada
	A Não me tenho apercebido.
	B Não, não.
	C eu não sinto
	D Não, não.
	E Da forma como os horários médicos são organizados para garantir que as consultas são respondidas dentro do prazo, sim sem dúvida.
	F Não, acho que não.
	G Sim, penso que sim em determinados assuntos em determinados temas sim.
	H Há algumas coisas que a ERS envia para cá a solicitar dados e a regular de alguma forma.
	I Não, não tem, eu acho que não.

Pergunta	
Entrevistado	23. A ERS tem ou apresentou alguma mais-valia para a instituição?
	Unidade de registo
	Há mais-valias
	Não se identificam mais-valias
	A (...) não identifico nenhum (...)
	B Não é daqui, mas não.
	C Às vezes nós ouvimos falamos das entidades reguladoras e não só da saúde como de outras coisas que existem e às vezes ficamos assim um bocadinho, será que vale a pena?
	D Não lhe sei responder a essa questão.
	E Qual é o valor da Entidade na situação neste momento, é muito complicado.
	F Não, acho que não.
G	(...) se não estivermos a fazer um determinado serviço corretamente se calhar ai intervém e nesse aspeto, esse condiciona se calhar é um pouco orienta-nos de outra forma, sim.
H	(...) já são várias as entidades não sei lhe especificar a mais valia (...)
I	(...) também muitas vezes fazem benchmarking com outros hospitais e, para nós é importante para melhorar o desempenho, acho que sim, embora não é decisivo para o desempenho mas melhora (...)

Categoria - ERS

Pergunta		
Entrevistado	24. A atividade da ERS é semelhante à de outros organismos com competências de fiscalização do MS, como a IGAS?	
	Unidade de registo	
	É semelhante, sobreposição de competências	Tem atividade distinta
A	(...) a Entidade Reguladora acabar por ter também, digamos, essa função.	
B	Sobrepõe-se totalmente (...)	
C	Acabam por andar todos mais ou menos na mesma coisa (...)	
D	Sim, penso que a Entidade veio apanhar uma série de competências e atividades que antes eram desempenhadas por outros (...)	
E	(...) há áreas de sobreposição (...)	
F	Sim, sim.	
G	Sim sim, fiscalização sim. Sim, semelhante (...)	
H	Eu acho que deve haver áreas em que se sobrepõe as competências (...)	
I	Eu acho que é.	

Categoria - ERS

Pergunta

Entrevistado	Unidade de registo	
	Emitiu orientações ou instaurou processos	Desconhecido
A		Não tenho conhecimento.
B		Não sei se houve aqui aquela história que houve lá em cima (...) aquilo dos tempos de espera. Isso foi em 2010 ou 2009.
C		Eu sei que houve aí uns relatórios mas agora de repente não sou capaz de lhe dizer, é assim, entre a ERS e a IGAS há aí algumas coisas que não sei dizer qual é qual.
D		Houve mas penso que foi em 2010, mas não foi com Santarém, foi no país todo, sim.
E	Sim, fazem transversais, entraram cá com o processo de acesso como entraram noutras instituições.	
F		Que eu tenha conhecimento não.
G		Desconheço.
H		Não tenho ideia (...)
I		Não tenho conhecimento (...)

Categoria - ERS

Pergunta	
Entrevistado	26. A ERS tem atuado na instituição de forma a minorar eventuais impactos negativos do MdE?
	Unidade de registo
	Sim
	Não / não é conhecido
	A Não
	B Não tem atuado.
	C Não sei.
	D Não, não se aplica.
	E Que eu desse conta, não.
	F Não, que eu saiba não.
	G Não tenho presente.
	H (...) não sei mas não vi nenhuma ligação.
	I Que eu saiba não (...).

Categoria - ERS

Pergunta			
Entrevistado	27. A ERS tem atuado na instituição em 2011 ou 2012, para defesa da qualidade nos cuidados de saúde? E para defesa da acessibilidade aos mesmos? E para promoção da concorrência?		
	Unidade de registo		
	Sem atuação relevante	Com atuação	
	A	Não tenho conhecimento.	
	B	Não tem atuado de todo, ponto. Não há orientações ponto.	
	C	Não sei, teria que ver, mas assim de repente não tem nada que me tenha marcado especialmente (...)	
	D	Não, não. Tem sido muito, muito débil.	
	E		Sim, fez um inquérito, fez um inquérito de qualidade. Acesso sim.
	F	Se pedido de informação e justificação for considerado atuar, sim. Da concorrência não (...)	
	G		Sim, sim, tem dado diretrizes de forma que nós consigamos melhorar ou melhorar ou continuar com, com as imposições do memorando.
H	Eu acho que sim, não sei se eles averiguam. Eu não sei.		
I	(...) se houve intervenção não foi a um nível muito preocupante porque não tenho presente as situações (...)		

Anexo VI - Medidas do MdE para a Saúde, da 1ª à 6ª revisão

VI.1 – Medidas específicas para o setor da Saúde, previstas no MdE

(Memorando de Entendimento sobre Condicionalismos Específicos de Política Económica⁵⁰):

“3 – Medidas fiscais estruturais”

“Objetivos:

Melhorar a eficiência da administração pública através da eliminação de redundâncias, simplificação de procedimentos e reorganização de serviços; regulamentação da criação e funcionamento de todas as entidades públicas (v.g. empresas, fundações, associações); racionalização do processo orçamental através do recém-aprovado regime legal, inclusivamente através da adaptação do regime legal de financiamento local e regional; melhorar a gestão de risco, responsabilização, reporte e monitorização”

Sistema de Saúde

Objetivos:

Redação na versão inicial (maio de 2011)

“Melhorar a eficiência e eficácia do sistema de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo das despesas. Obter maiores poupanças no setor farmacêutico para reduzir a despesa pública em medicamentos para 1, 25% do PIB até final de 2012 e 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da EU); obter poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

(...)“obter poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais e desenhar uma estratégia para eliminar as dívidas atrasadas”. *(Acréscima a parte sublinhada)*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

(...) “Obter maiores poupanças no setor farmacêutico para reduzir a despesa pública em medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e cerca de 1% em 2013 (em linha com a média da EU); (...).” *(Retirada parte sublinhada)*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

⁵⁰ Tradução própria.

Sem alterações

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

Sem alterações

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

(...) “gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais e definir uma estratégia para eliminar as dívidas.” (*Acréscitada a parte sublinhada*)

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

Sem alterações

Financiamento

Redação na versão inicial (maio de 2011)

- “Medida 3.50 – Rever e aumentar genericamente as taxas moderadoras do SNS, através:
- i. Revisão substancial das isenções existentes, incluindo meios de prova mais exigentes em cooperação com o Ministério do Trabalho e Assuntos Sociais (até setembro 2011).
 - ii. Aumentar as taxas em determinados serviços, garantindo que as taxas dos cuidados primários são inferiores aos dos cuidados especializados e dos serviços de urgência.
 - iii. Indexar o aumento das taxas moderadoras à taxa de inflação.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

Medida 3.51 – Corresponde à medida 3.50 do MdE inicial. Apenas substitui Ministério do Trabalho e Assuntos Sociais por Ministério da Segurança Social.

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

“Medida 3.51 – No seguimento da aprovação das taxas moderadoras no SNS, elaborar legislação para revisão e aumento generalizado das taxas moderadoras até dezembro de 2011, através de:

- i *Sem alterações*
- ii *Sem alterações*
- iii *Eliminado*

Estas medidas devem resultar num aumento das receitas em 150 milhões de € em 2012 e mais 50 milhões em 2013.”

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

Medida 3.43 – Corresponde à medida 3.51 da segunda revisão do MdE.

“A revisão das taxas moderadoras do SNS resultará num aumento de receita de 150 milhões de € em 2012 e em mais 50 milhões de € em 2013.”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

Medida 3.43 - *Sem alterações*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

Medida 3.41 – *Corresponde à medida 3.43 na 4ª revisão. Sem alterações.*

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

Medida 3.38 - *Corresponde à medida 3.41 na 5ª revisão.*

“A revisão das taxas moderadoras do SNS e melhorias na faturação e cobrança às seguradoras e doentes transfronteiriços/estrangeiros resultará num aumento de receita de 150 milhões de € em 2012 e em mais 50 milhões de € em 2013.” (*Acréscetada parte sublinhada*)

Redação na versão inicial (maio de 2011)

“Medida 3.51 – Cortar substancialmente (em 2 terços no total), as deduções fiscais nos cuidados de saúde, incluídos seguros privados (quadrimestre 3 2011).”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

Medida 3.52 – *Corresponde ao 3.51 do MdE inicial. Prazo passa para outubro de 2011 mantendo-se a redação sem alterações.*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

Medida 3.52 – *Retirada nesta revisão*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

Medida 3.52 – *Retirada na 2ª revisão*

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

Medida 3.52 – *Retirada na 2ª revisão*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

Medida 3.52 – *Retirada na 2ª revisão*

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

Medida 3.52 – *Retirada na 2ª revisão*

Redação na versão inicial (maio de 2011)

“Medida 3.52 – Para atingir um modelo de benefícios de saúde auto sustentável para os funcionários públicos, o custo orçamental dos sistemas existentes - ADSE, ADM e SAD – será reduzido em 30% em 2012 e mais 20% em 2013, a todos os níveis da Administração. Outras reduções aos menos níveis terão lugar nos anos seguintes, atingindo o autofinanciamento em 2016. O custo orçamental destes sistemas será reduzido pela redução das contribuições das entidades empregadoras e pelo ajustamento da cobertura de cuidados.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

Medida 3.53 – Corresponde ao 3.52 do MdE inicial.

“À luz da urgência e da dimensão das poupanças necessárias no setor da Saúde, para responder às grandes dívidas e limitações orçamentais, os planos para obter um sistema autossustentável de benefícios de saúde para os funcionários públicos será acelerado. (...)” *Acréscitado ao início do texto da medida, sendo o restante idêntico.*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

Medida 3.52 – Corresponde ao 3.52 da primeira revisão do MdE. Sem alterações

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

Medida 3.44 – Corresponde ao 3.52 da segunda revisão do MdE.

Acréscita a parte sublinhada:

“(...) os planos para obter um sistema autossustentável de benefícios de saúde para os funcionários públicos será acelerado. O percurso do ajustamento será avaliado na quinta revisão. (...)”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

Medida 3.44 - Sem alterações

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

Medida 3.42 – Corresponde ao 3.44 da 4ª revisão

“(...) Os custos suportados pelo Orçamento de Estado com estes subsistemas será reduzido pela diminuição em 1,25% da contribuição dos empregadores em 2013 e pelo ajuste da cobertura dos benefícios de saúde. [3º quadrimestre – 2012].” *Acréscitada a parte final, sublinhada*

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

Medida 3.39 – *Corresponde ao 3.42 da 5ª revisão*

“(…) O atual plano prevê a redução de custos para o orçamento de Estado com os subsistemas existentes – ADSE, ADM e SAD – com a redução em 50% das contribuições dos empregadores em 2013, pela transferência de recursos para o SNS em troca do provisionamento de serviços no 4º quadrimestre de 2012. A contribuição dos empregadores será reduzida em 1,25% em 2014 e será acompanhada pelo ajustamento na cobertura de benefícios médicos [Q3-2013]. O sistema deverá ser autossuficiente em 2016.”

Redação na versão inicial (maio de 2011)

“Medida 3.53 – Elaborar um plano estratégico para a Saúde, consistente no enquadramento orçamental de médio prazo.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

Medida 3.54 – *Corresponde ao 3.53 do MdE inicial. Sem alterações*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.53 – *Corresponde ao 3.54 da primeira revisão do MdE. Sem alterações*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.53 – *Sem alterações*

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.45- *Corresponde ao 3.53 da terceira revisão do MdE. Sem alterações*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

Eliminado

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

Eliminado

Preços e reembolsos de produtos farmacêuticos

Redação na versão inicial (maio de 2011)

“3.54- Estabelecer o preço máximo do primeiro genérico introduzido no mercado, de 60% do preço do produto de marca com o mesmo princípio ativo.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.55 – Corresponde ao 3.54 do MdE inicial.

Altera de 60% para 50% o preço máximo do primeiro genérico a ser introduzido no mercado

3.56 – Nova medida introduzida nesta revisão.

“Transferir para o Ministério da Saúde (para o Infarmed, por exemplo) a responsabilidade de estabelecer os preços de medicamentos.”

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.54 – Corresponde ao 3.55 da primeira revisão do MdE.

“Foi aprovada legislação que estabelece o preço do primeiro genérico a ser introduzido no mercado, em 50% do preço do produto de marca com o mesmo princípio ativo. A entrada em vigor é esperada para o 4º quadrimestre de 2011. Preparar legislação que automaticamente reduza o preço dos medicamentos quando as respetivas patentes caduquem.”

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.47 - Corresponde ao 3.56 da primeira revisão do MdE.

“Completar a transferência da responsabilidade por estabelecer os preços dos medicamentos, para o Ministério da Saúde (Infarmed, por exemplo).”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.46 – Corresponde ao 3.47 da terceira revisão. Sem alterações

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.43 – Corresponde ao 3. 54 da segunda revisão.

“Elaborar legislação que reduza automaticamente em 50% face ao preço inicial, o preço de medicamentos cuja patente caduque. [Q4-2012].”

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.40 - Corresponde ao 3.43 da quinta revisão. Sem alterações

Redação na versão inicial (maio de 2011)

“Medida 3.55- Rever o atual sistema de preços de referência estabelecido em preços internacionais, alterando os países de referência para os 3 países da UE com menores preços ou com PIB *per capita* semelhantes.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.57- *Corresponde ao 3.55 no MdE inicial. Sem alterações*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

Sem referência a esta medida

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.48 – *Corresponde ao 3.57 da versão inicial.*

“O Governo implementará uma revisão anual dos preços dos medicamentos e dos países de referência para obter reduções de custos. A primeira revisão de preços deverá ser publicada em abril de 2012.”

3.49 – *Nova medida introduzida nesta revisão.*

“O Governo irá monitorizar mensalmente os custos com medicamentos para assegurar que os custos públicos com medicamentos não ultrapassem a meta de 1,25% do PIB em 2012 e de 1% em 2013.”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.47 – *Corresponde ao 3.48 da terceira revisão. Alterada a parte sublinhada:*

“(…) A segunda revisão de preços deverá ser publicada em janeiro de 2013.”

3.48 – *Corresponde ao 3.49 da terceira revisão. Sem alterações*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.44 – *Corresponde ao 3.48 da quarta revisão. Alterada a parte seguinte:*

“(…) A segunda revisão de preços deverá ser publicada em janeiro de 2013.”

3.45 – *Corresponde ao 3.48 da quarta revisão. Sem alterações.*

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

2.41 – *Corresponde ao 3.44 da quinta revisão. Sem alterações.*

3.42- *Corresponde ao 3.45 da quinta revisão. Sem alterações.*

Prescrição e controlo da prescrição

Redação na versão inicial (maio de 2011)

“Medida 3.56 – Tornar obrigatória a prescrição eletrónica de medicamentos e MCDT compartilhados, para médicos do setor público e privado.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.58 – Corresponde ao 3.56 do MdE inicial. Sem alterações.

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

Medida retirada desta revisão, por se encontrar já implementada

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

Implementada

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

Implementada

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

Implementada

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

Redação na versão inicial (maio de 2011)

“Medida 3.57 – Melhorar o sistema de controlo da prescrição de medicamentos e MCDT e criar uma avaliação sistemática para cada médico, do volume e valor, comparando com as guide lines e os seus pares. Informação de retorno deve ser prestada regularmente a cada médico, em particular relativa aos medicamentos mais caros e mais prescritos. O controlo será feito pelo Centro de Conferências de Faturas. Sanções e penalizações serão aplicadas em resultado do controlo efetuado.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

5.59 - Corresponde ao 3.57 do MdE inicial. Sem alterações.

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.57 – *Corresponde ao 3.59 da primeira revisão do MdE. Acrescenta:*

“Continuar a melhorar o sistema (...).” *Restante sem alterações*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.50 – *Corresponde ao 3.50 da revisão anterior. Altera a redação:*

“Continuar a melhoria do sistema de controlo da prescrição de medicamentos e MCDT e criar uma avaliação sistemática para cada médico, do volume e valor, comparando com as guide lines e avaliação pelos pares. Informação de retorno deve continua a ser prestada regularmente a cada médico, em particular relativa aos medicamentos mais caros e mais prescritos.”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.49 – *Corresponde ao 3.50 na anterior revisão. Sem alterações.*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.46. - *Corresponde ao 3.49 na anterior revisão. Sem alterações.*

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.43. - *Corresponde ao 3.46 na anterior revisão. Sem alterações.*

Redação na versão inicial (maio de 2011)

“Medida 3.58 – Incentivar os médicos de todos os níveis de cuidados, público ou privado, a prescrever medicamentos genéricos e os produtos disponíveis de marca mais baratos.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

5.60 - *Corresponde ao 3.58 do MdE inicial. Sem alterações.*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

Retirada a medida 5.60 da revisão anterior

3.58 – *Medida introduzida nesta revisão.*

“Desenvolver e aplicar um sistema de sanções e penalizações, como complemento da avaliação realizada.”

3.59 – *Medida introduzida nesta revisão.*

“O Governo aprovou legislação para tornar obrigatório a prescrição de medicamentos genéricos e os produtos disponíveis de marca mais baratos, em todos os níveis de cuidados de saúde público e privado.”

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.51 – *Corresponde ao 3.58 da revisão anterior.*

“Continuar a desenhar e aplicar um sistema de sanções e penalizações, como complemento da avaliação realizada.”

3.52 – *Corresponde ao 3.59 da revisão anterior.*

“O Parlamento aprovou legislação para tornar obrigatório a prescrição de medicamentos genéricos e os produtos disponíveis de marca mais baratos, em todos os níveis de cuidados de saúde público e privado. Aplicação prevista para o 1º quadrimestre de 2012.”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.50 – *Corresponde ao anterior 3.51. Sem alterações.*

3.51 - *Corresponde ao anterior 3.52. Redação alterada:*

“Controlar a implementação da legislação que obriga a prescrição de medicamentos genéricos e os produtos disponíveis de marca mais baratos, em todos os níveis de cuidados de saúde público e privado. Um relatório da implementação deverá ser publicado em dezembro de 2012.”

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.47 - *Corresponde ao anterior 3.50. Acrescenta a parte sublinhada:*

“(…) Avaliar a possibilidade de celebrar acordos com médicos do setor privado, para aplicação por estes das regras de prescrição em vigor no SNS.”

3.48 – *Anterior 3.51. Alterada a redação:*

“Monitorizar atentamente a implementação da legislação que obriga os médicos em todos os níveis do sistema, públicos e privados, a prescrever por Designação Comum Internacional (DCI), para aumentar a utilização dos medicamentos genéricos e dos mais baratos. Um relatório de implementação será publicado em dezembro de 2012.”

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.44 – *Anterior 3.47. Sem alterações*

3.45- *Anterior 3.48. Sem alterações*

Redação na versão inicial (maio de 2011)

“Medida 3.59 – Estabelecer regras claras para prescrição de medicamentos e MCDT com base em linhas de orientação internacionais.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.61 - *Corresponde ao 3.59 na versão anterior. Sem alterações*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.60 - *Corresponde ao 3.61 do MdE anterior. Sem alterações*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.53 – *Corresponde ao 3.60 na versão anterior. Acrescenta:*

“(…), integrando-as no sistema de prescrição eletrónica.”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.52 *Corresponde ao 3.59 na versão anterior. Sem alterações.*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.49 – *Anterior 3.52. Alterada a redação:*

“Continuar a publicar guide lines para prescrição de medicamentos e MCDT com base em linhas de orientação internacionais, auditar a sua implementação e integrá-las no sistema de prescrição eletrónica. Um primeiro conjunto de guidelines será introduzido no sistema de prescrição eletrónica no 2º quadrimestre de 2013.”

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.46 – *Anterior 3.49. Sem alteração.*

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.60 – “Eliminar as barreiras à entrada de genéricos no mercado, em particular através da redução dos obstáculos administrativo / legais para acelerar a utilização e o reembolso de genéricos.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

5.61 - *Corresponde ao 3.60 da versão anterior. Sem alterações*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.59 - *Corresponde ao 3.61 da versão anterior. Sem alterações*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.54 – *Corresponde ao 3.59 da versão anterior. Redação alteração:*

“O Governo irá elaborar um relatório de avaliação da efetividade da legislação aprovada para remoção das barreiras à entrada de genéricos, em particular na remoção dos obstáculos administrativos e legais para acelerar a utilização e reembolso de genéricos.”

3.55 – *Medida introduzida nesta revisão:*

“As medidas acima visam um crescimento gradual e substancial de 30% na utilização de genéricos face ao volume total de prescrições em 2012, e aumentos substanciais em 2013.”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.53 - *Anterior 3.54. Sem alterações.*

3.54 - *Anterior 3.55. Sem alterações.*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.50 – *Anterior 3.53. Sem alterações.*

3.51 – *Anterior 3.50. Redação alterada:*

“As medidas acima visam um crescimento gradual e substancial de 30% na utilização de genéricos face ao volume total de prescrições (em volume) em 2012. Objetivos para maior aumento substancial em 2013 serão acordados na sexta revisão (outubro 2012).”

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.47 - *Anterior 3.51. Sem alterações.*

3.48 – *Anterior 3.51. Redação alterada:*

“As medidas acima visam um crescimento gradual e substancial de 30% na utilização de genéricos face ao volume total de prescrições (em volume) em 2012. Em 2013 o objetivo para o reembolso de medicamentos pelo SNS será de 45% da totalidade de prescrições (em volume) e crescerá para 60% em 2014.”

Setor das farmácias

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.61 – “Aplicar efetivamente a legislação reguladora da atividade das farmácias.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.63 – Anterior 3.61. Sem alterações

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.62 . – Anterior 3.63. Sem alterações

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3. 56 – Anterior 3.62. Sem alterações

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.55 - Anterior 3.56. Sem alterações.

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

Alteração do título da secção: “Retalhistas e grossistas de medicamentos”

Sem referências à medida 3.55 da revisão anterior.

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

Secção retirada nesta revisão

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.62 – “Alterar a forma de cálculo da margem de lucro, para um sistema regressivo e com uma taxa fixa para armazenistas e farmácias, com base na experiência de outros Estados membros.”

“O novo sistema deve garantir a redução dos gastos públicos em produtos farmacêuticos e encorajar a venda de produtos mais baratos.”

“O objetivo é que lucros mais baixos contribuam com 50 milhões de € para redução da despesa pública com a distribuição de medicamentos.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.64 – Anterior 3.62. *Sem alterações*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.63 - Anterior 3.64. *Redação alterada (sublinhado nosso):*

“O governo alterou a fórmula de cálculo da margem de lucro para um sistema regressivo e com uma taxa fixa para armazenistas e farmácias, com base na experiência de outros Estados membros. O objetivo é lucros mais baixos contribuam com 50 milhões de € para redução da despesa pública com a distribuição de medicamentos em 2012.

Medidas adicionais de poupança na despesa pública com distribuição de medicamentos devem ser adotadas no 3º quadrimestre de 2012.”

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.57 – Anterior 3.63. *Redação totalmente alterada:*

“O governo irá elaborar uma avaliação intermédia das poupanças relacionadas com a revisão da forma de cálculo da margem de lucro dos grossistas e farmácias.”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.56 Anterior 3.57. *Sem alterações*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

Medida retirada nesta revisão

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

Secção retirada nesta revisão

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Media 3.63 – “Se a nova fórmula de cálculo da margem de lucro não obtiver as poupanças esperadas nos proveitos da distribuição, deve-se introduzir uma contribuição calculada sobre o valor pago a mais. Essa contribuição deve reduzir o valor pago em excesso em pelo menos 3%.

Essa contribuição será cobrada mensalmente através do Centro de Conferência de Faturas, preservando a rentabilidade das pequenas farmácias em regiões remotas e com lucros baixos.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.65 - Anterior 3.64. *Sem alterações*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.64 – Anterior 3.65. *Altera a parte sublinhada:*

“Se a nova fórmula de cálculo da margem de lucro não obtiver as poupanças esperadas nos proveitos da distribuição, deve-se introduzir uma contribuição calculada sobre o valor pago a mais. Essa contribuição deve reduzir o valor pago em excesso às farmácias em pelo menos 2% e 4% nos grossistas. Essa contribuição será cobrada mensalmente através do Centro de Conferência de Faturas, preservando a rentabilidade das pequenas farmácias em regiões remotas e com lucros baixos.”

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.58 – *Corresponde ao 3.64 da revisão anterior. Introduz a parte sublinhada:*

“Se a revisão não produzira redução de despesa esperada, deve-se introduzir (...)

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.57 – *Anterior 3.58. Sem alterações*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

O título da secção passou a “Retalhistas e grossistas de medicamentos”

3.53 – Anterior 3.57. Redação alterada:

“Se a revisão não produzir a redução esperada de, pelo menos, 50 milhões de € nos lucros da distribuição, deverá ser introduzida uma contribuição adicional na forma de um reembolso parcial sobre o valor sobre faturado. O reembolso reduzirá a sobre faturação dos produtos em pelos 2 pontos percentuais nas farmácias e 4 pontos percentuais nos revendedores. O reembolso será obtido pelo governo mensalmente através do Centro de Conferência de Faturas, preservando a rentabilidade das pequenas farmácias com baixa rentabilidade nas áreas do interior. [Q4-2013]”

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

Secção retirada nesta revisão

Aquisições centralizadas

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.64. “Preparar o enquadramento legislativo e administrativo para um sistema de aquisições centralizadas de produtos clínicos (consumíveis, equipamentos, medicamentos) através do SPMS, com o objetivo de reduzir custos através de contratos de aquisição em volume e do combate ao desperdício.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.66 - Anterior 3.64. *Sem Alterações*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.65. Anterior 3.66. *Introduz a parte sublinhada:*

“O Governo aprovou legislação com o enquadramento administrativo para as aquisições centralizadas (...)”

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

Retirado (implementado)

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

Retirado (implementado)

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.54 - *Reintroduzido*: “Reforçar a aquisição centralizada de veículos, bens de consumo, serviços externos e outros bens e serviços transversais por todas as entidades incluídas no SNS, com o objetivo de reduzir preços através da aquisição em volume e pelo combate ao desperdício. Um plano de ação detalhado será publicado em novembro de 2012.”

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.49 – *Sem alterações.*

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.65. “Finalizar o sistema de codificação uniforme e o registo de produtos clínicos desenvolvido pelo Infarmed e pelo SPMS com base em experiencias internacionais. Atualizar o registo regularmente.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.67. – Anterior 3.65. *Sem Alterações.*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.66. – *Anterior 3.67. Sem Alterações.*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.60. – *Anterior 3.65. Nova redação:*

“O Infarmed continuará a implementar um sistema de codificação uniforme e um registo único para produtos clínicos.”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.59 - *Sem alterações. Anterior 3.60.*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.55. – *Sem alterações. Anterior 3.59.*

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.50- *Sem alterações. Anterior 3.55.*

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.66. “Tomar medidas que aumentem a concorrência entre prestadores privados e reduzir em pelo menos 10% os gastos em geral, com aquisição ao setor privado por parte do SNS de MCDT, em 2011 e mais 10% até ao final de 2012.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.68. – *Anterior 3.66. Sem alterações.*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.67 – *Anterior 3.68. Sem Alterações.*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.61. *Anterior 3.67. Nova redação:*

“Adotar mais medidas para aumentar a concorrência entre prestadores privados e reduzir em mais 10% a despesa do SNS com prestadores privados de MCDT. Introduzir uma revisão regular (pelo menos de 2 em 2 anos) dos preços pagos aos prestadores privados, com o objetivo de reduzir custos com a aquisição dos MCDT mais “antigos”(menos inovadores).”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.60 *Sem alterações. Anterior 3.61.*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.56 – *Anterior 3.60. Sem alterações:*

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.51 – *Anterior 3.56. Nova redação:*

“Reduzir mais 10% dos custos totais do SNS com prestadores privados de MCDT (em particular na diálise e fisioterapia). Avaliar regulamente e rever quando necessário (pelo menos a cada dois anos) a remuneração dos prestadores privados com o objetivo de reduzir os custos com os MCDT mais antigos.”

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.67. “Implementar a aquisição centralizada de produtos clínicos, através do SPMS, utilizando o sistema de codificação uniforme de produtos clínicos e farmacêuticos.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.69. – *Anterior 3.67. Sem alterações.*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.68 – *Anterior 3.69. Sem Alterações.*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.62. *Anterior 3.68. Sem alterações.*

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.61 *Sem alterações. Anterior 3.62.*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.57. *Anterior 3.61. Redação alterada:*

“Implementar a aquisição centralizada de produtos clínicos através do recém criado Serviço Partilhado do Ministério da Saúde (SPMS), utilizando a codificação uniforme para produtos clínicos e farmacêuticos. Avaliar a possibilidade de implementar o uso obrigatório de um

formulário em todos os hospitais para monitorizar os stocks e os fluxos de medicamentos e produtos clínicos e monitorizar o cumprimento da aquisição centralizada.”

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.52. - *Sem alterações. Anterior 3.57.*

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.68. – “Introduzir uma revisão regular (pelo menos de 2 em 2 anos) dos preços pagos aos prestadores privados, com o objetivo de reduzir custos com a aquisição dos MCDT mais “antigos”(menos inovadores).”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.70. – *Anterior 3.68. Sem alterações*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.69 – *Anterior 3.670. Sem alterações.*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

Integrado na medida 3.61.

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

Integrado na medida 3.60.

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

Integrado na medida 3.56.

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

Integrado na medida 3.11.

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.69. “Avaliar a conformidade com as regras da concorrência da EU, por parte do setor privado da Saúde, e melhorar a concorrência entre prestadores privados.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.71. – Anterior 3.69. Sem alterações.

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.70 – Anterior 3.71. Sem Alterações.

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.63. - Anterior 3.70. Sem alterações.

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.62. - Anterior 3.63. Nova redação:

“ Analisar as características dos mercados relevantes no fornecimento de serviços de saúde, como a diálise e o setor farmacêutico com o objetivo de garantir a concorrência e preços justos no mercado privado.”

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.58. - Anterior 3.62. Sem alterações.

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.53. – Anterior 3.58. Nova redação:

“Adotar mais medidas para aumentar a concorrência entre prestadores privados e entre prestadores privados e públicos em áreas relevantes, como a diálise e setor farmacêutico, com vista a garantir concorrência e preços justos nos mercados privados.”

Cuidados primários

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.70. “O Governo dá continuidade com o reforço dos serviços de cuidados primários, reduzindo o recurso a consultas de especialidade e a serviços de urgência, promovendo a coordenação dos cuidados de saúde através:

- i. Aumento do número de USF contratualizadas com as ARS, utilizando um mix de vencimento fixo com prémios por objetivos. Garantir que o sistema leva à redução de custos e a maior efetividade.
- ii. Introduzir um mecanismo que garante a existência de médicos de família em áreas necessitadas, para induzir uma melhor distribuição de médicos de família no país.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.72 – Anterior 3.70. Sem alterações.

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.71. Anterior 3.72. Nova redação:

“Como elemento da reorganização dos cuidados de saúde, concentração e especialização de serviços hospitalares e desenvolvimento dos serviços de saúde primários, o Governo reforçará as medidas que visam reduzir as idas desnecessárias a médicos especialistas e serviços de urgência e melhorar a coordenação dos cuidados. Isto será feito através:

- i. Aumento do número de USF contratualizadas com as ARS, utilizando um mix de vencimento fixo com prémios por objetivos. Garantir que o sistema leva à redução de custos e a maior efetividade.
- ii. Introduzir um mecanismo que garanta a existência de médicos de família em áreas necessitadas, para induzir uma melhor distribuição de médicos de família no país.
- iii. Transferir recursos humanos dos hospitais para os cuidados primários e reconsiderar o papel dos enfermeiros e outros técnicos na prestação de cuidados.
- iv. Aumentar em pelo menos 20% o número máximo de doentes por médico de família nos centros de saúde e em 10% nas USF.”

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.64. Anterior 3.72. Sem alterações.

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.63. Anterior 3.64. Sem alterações.

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.59. Anterior 3.63. Sem alterações.

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.54. Anterior 3.59. Sem alterações.

Serviços hospitalares

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.71. “Estabelecer um calendário exigente e ambicioso para saldar todas as dívidas a fornecedores vencidas à mais de 90 dias, introduzir mecanismos padronizados de controlo em todas as entidades para evitar o ressurgimento de novas dívidas.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.73. Anterior 3.71. Nova redação:

“Estabelecer uma estratégia e um calendário exigente para eliminar as dívidas no setor da saúde. A estratégia deve incluir a introdução de procedimentos de controlo apertado para todas as entidades da saúde para prevenir a constituição de novas dívidas. O mecanismo a introduzir deve garantir a coordenação entre os Ministérios da Saúde e das Finanças para utilização dos mesmos sistemas de controlo em todos os hospitais.”

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.72. Anterior 3.73. Nova redação:

“Para evitar nova acumulação de dívidas, o orçamento de 2012 deve garantir verbas adequadas ao setor da saúde. O processo de ajustamento dará prioridade às dívidas dos hospitais, melhorará a liquidez dos fornecedores e provavelmente permitirá aos hospitais a obtenção de descontos na negociação de contratos de fornecimento. Será implementada uma estratégia com um calendário exigente para eliminar todas as dívidas do setor da saúde. A estratégia incluirá a introdução de normas e procedimentos de controlo para todas as entidades do setor da saúde para evitar novas dívidas. Será criado um mecanismo para garantir a coordenação entre os Ministérios da Saúde e das Finanças para utilização dos mesmos sistemas de controlo em todos os hospitais.”

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.65 - Anterior 3.72. Sem alterações.

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.63 Anterior 3.65. Nova redação:

“Implementar a estratégia para eliminar as dívidas no setor da saúde e garantir a introdução de normas e procedimentos de controlo evitar novas dívidas. Garantir mecanismos de controlo apertado para que todos os organismos da saúde mantêm os gastos dentro do orçamento definido e assim evitar novas dívidas.”

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.60 - Anterior 3.63. Sem alterações.

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.55 - Anterior 3.60. Sem alterações.

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.72. “Fornecer informação detalhada sobre as medidas que visam obter uma redução de €200M nos custos operacionais dos hospitais em 2012 (€100M em 2012 a somar a €100M

poupados em 2011), incluindo a redução nas chefias, em resultado da concentração e racionalização nos hospitais públicos e centros de saúde.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.74. Novo ponto

“Os hospitais públicos irão alterar o sistema de contabilidade e adotar o sistema de contabilidade utilizado no setor privado e nas empresas públicas. Isto permitira melhorar a gestão e a qualidade da supervisão por parte do Governo.”

3.75. Anterior 3.72. Nova redação:

“Fornecer descrição detalhada das medidas que visam obter uma redução de pelo menos €200M nos custos operacionais dos hospitais (€100M em 2011 e mais €100M em 2012). Devem ser obtidos pela redução do pessoal de direção, concentração e racionalização nos hospitais públicos e centros de saúde e por tetos anuais nos contratos PPP.”

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.73. Anterior 3.74. Sem alterações.

3.74. Anterior 3.75. Sem alterações.

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.66. Anterior 3.73. Sem alterações.

3.67. Anterior 3.74. Nova redação:

“Implementar medidas para atingir a redução de pelo menos €200M nos custos operacionais em 2012. Isto deveser atingido através da redução do pessoal de gestão, concentração e racionalização nos hospitais públicos e centros de saúde, com vista a redução de capacidade.”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.65 Sem alterações. Anterior 3.66.

3.66 Sem alterações. Anterior 3.67.

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.61 - Sem alterações. Anterior 3.65.

3.62 - Sem alterações. Anterior 3.66.

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.56 - Sem alterações. Anterior 3.61.

3.57 - Sem alterações. Anterior 3.62.

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.73. “Continuar a publicação de “guidelines” clínicas e estabelecer um sistema de auditoria à sua implementação.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.76. *Anterior 3.73. Sem alterações.*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.75. *Anterior 3.76. Sem alterações.*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.68. *Anterior 3.75. Sem alterações.*

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.67 *Sem alterações. Anterior 3.68.*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.63 *Sem alterações. Anterior 3.67*

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.58 *Sem alterações. Anterior 3.63*

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.74. “Melhorar os critérios de seleção e adotar medidas que garantam uma seleção mais transparente de presidentes e membros dos CA dos hospitais. Por lei, estes deverão ter mérito e formação reconhecidos em saúde e em gestão em saúde.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.77. *Anterior 3.74. Sem alterações.*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.76. *Anterior 3.77. Sem alterações.*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.69. *Anterior 3.76. Sem alterações.*

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.68 *Sem alterações. Anterior 3.69.*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

Medida retirada

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

Medida retirada

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.75. “Criar um sistema de comparabilidade (benchmarking) do desempenho dos hospitais, com base num conjunto alargado de indicadores, emitindo periodicamente relatórios anuais, o primeiro dos quais deverá ser publicado até final de 2012.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.78. *Anterior 3.75. Altera a parte final:*

“(…) Os indicadores devem incluir indicadores financeiros.”

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.77. *anterior 3.78. Sem alterações.*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.70. *Anterior 3.77. Nova redação:*

“Com base no conjunto alargado de indicadores, emitir regularmente relatórios anuais com a comparação de desempenho entre hospitais. O 1º relatório deve ser publicado no final de 2012 e os resultados apurados devem ser utilizados para estabelecer objetivos para os hospitais com pior desempenho.”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.69 *Sem alterações. Anterior 3.70.*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.64. *Sem alterações. Anterior 3.69.*

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.59. *Sem alterações. Anterior 3.64.*

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.76. – “Garantir a interligação dos sistemas de IT dos hospitais, para permitir à ACSS obter informação em tempo real sobre a atividade hospitalar e elaborar relatórios mensais para os Ministros da Saúde e Finanças.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.79. *Anterior 3.76. Sem alterações.*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.78. *anterior 3.79. Sem alterações.*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.71. *Anterior 3.78. Sem alterações.*

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.71 *Sem alterações. Anterior 3.72.*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.65 *Sem alterações. Anterior 3.71.*

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.60 *Sem alterações. Anterior 3.65.*

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.77. – “Dar continuidade à reorganização e racionalização da rede hospitalar, através da especialização e concentração de serviços e urgências, com a junção de hospitais (com base no D.L. n.º 30/2011). Estas alterações contribuirão para cortes nos custos operacionais de, pelo menos, 5% em 2013. Um plano detalhado deverá ser publicado até 30 de novembro de 2012 e a sua implementação concluída até ao final do primeiro quadrimestre de 2013.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.80. *Anterior 3.77. Alterada a parte final:*

“(…) Entre 2011 e 2013 os custos operacionais dos hospitais devem ser reduzidos em pelo menos 12%, em comparação com 2010.”

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.79. Anterior 3.80. Sem alterações.

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.72. Anterior 3.79. Nova redação:

“Dar continuidade à reorganização e racionalização da rede hospitalar, através da especialização e concentração de serviços e urgências, com a junção de hospitais (com base no D.L n.º 30/2011). O objetivo é ajustar a prestação de serviços hospitalares dentro da mesma ARS, especialmente quando existam novas PPP, alterando a atividade de alguns hospitais de cuidados de agudos para cuidados de reabilitação, longa duração e paliativos, revendo as estruturas de urgência e de transplantação. Estas alterações visam eliminar duplicações desnecessárias, obter economias de escala e reduzir custos operacionais em pelo menos mais 5% em 2013, melhorando a qualidade dos cuidados prestados. Um plano detalhado deve ser publicado até 30 de novembro de 2012 e a sua implementação deve estar concluída até final de 2013. No total, entre 2011 e 2013 os custos operacionais dos hospitais devem ser reduzidos em 15% face a 2010.”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.71 Sem alterações. Anterior 3.72.

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.66 Sem alterações. Anterior 3.71.

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.61 Sem alterações. Anterior 3.66.

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.78. “Transferir doentes de ambulatório hospitalar para os cuidados primários (USF).”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.81. Anterior 3.78. Sem alterações.

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.80. Anterior 3.81. Sem alterações.

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.73. Nova medida:

“Reforçar o acompanhamento centralizado das PPP, pelo Tesouro em cooperação com a ACSS.”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

Medida 3.78 da versão inicial do MdE, retirada.

3.72 Sem alterações. Anterior 3.73.

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

Medida 3.73. da 3ª revisão, retirada.

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.79. “Atualizar anualmente o registo de médicos em atividade por especialidade, idade, região, centro de saúde, hospital, setor privado e público, para permitir a identificação dos profissionais em atividade e prever necessidades atuais e futuras.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.82. Anterior 3.79. Redação alterada:

“Atualizar anualmente o registo de médicos em atividade por especialidade, idade, região, centro de saúde, hospital, setor privado e público, para permitir a identificação dos profissionais em atividade e prever necessidades atuais e futuras. O inventário deve posteriormente ser alargado a outras categorias profissionais e incluir as regiões autónomas da Madeira e Açores.”

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.81. Anterior 3.82. Sem alterações.

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.74. Anterior 3.81. Sem alterações.

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.73 Sem alterações. Anterior 3.74.

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.67. Anterior 3.73. Redação alterada:

“Anualmente atualizar o registo de todo o pessoal de saúde e preparar relatórios anuais regulares, com os planos de distribuição dos recursos humanos até 2014. O relatório deve especificar os planos de reafecção de pessoal qualificado e de suporte no SNS.”

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.62 *Sem alterações. Anterior 3.67.*

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.81. “Criar normas para aumentar a mobilidade do pessoal da saúde (incluindo médicos), dentro e entre regiões de saúde. Adotar para todo o pessoal (incluindo médicos) horários flexíveis, com vista a reduzir em pelo menos 10% o custo com trabalho extraordinário em 2012 e outros 10% em 2013. Implementar um controlo mais rígido dos horários de trabalho e das atividades do pessoal nos hospitais.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.84. *Anterior 3.81. Alteradas as percentagens das reduções, de 10% para 20%.*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.83. *Anterior 3.84. Sem alterações*

3.84. *Nova medida.*

“Rever o mecanismo de pagamento de prevenções e regime de chamada, à luz da promoção da eficiência e redução de custos no sistema de saúde.”

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

Medida 3.83 da revisão anterior, retirada.

Medida 3.84 da revisão anterior, retirada.

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

Retirada

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

Retirada

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

Retirada

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.81. “Criar normas para aumentar a mobilidade do pessoal da saúde (incluindo médicos), dentro e entre regiões de saúde. Adotar para todo o pessoal (incluindo médicos) horários flexíveis, com vista a reduzir em pelo menos 10% o custo com trabalho extraordinário em 2012 e outros 10% em 2013. Implementar um controlo mais rígido dos horários de trabalho e das atividades do pessoal nos hospitais.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.84. Anterior 3.81. Alteradas as percentagens das reduções, de 10% para 20%.

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.83. Anterior 3.84. Sem alterações.

3.84. Nova medida:

“Rever o mecanismo de pagamento de prevenções e regime de chamada, à luz da promoção da eficiência e redução de custos no sistema de saúde.”

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.75. Anterior 3.83. Alterado por fusão da 3.84 da anterior revisão:

“Atualizar o atual enquadramento legal aplicável à organização do tempo de trabalho do pessoal clínico, incluindo a introdução de regras que fomentem a mobilidade dentro e entre Regiões de Saúde, adoção de horários flexíveis e revisão dos mecanismos de pagamento de trabalho em serviços de urgência, prevenção e regime de chamada. Neste contexto, o trabalho extraordinário deverá ser reduzido em 20% em 2012 e em mais 20% em 2013.”

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.74 Sem alterações. Anterior 3.75.

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.68 Sem alterações. Anterior 3.74.

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.63 Sem alterações. Anterior 3.68.

Administrações Regionais de Saúde

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Não previsto na versão inicial

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.85. *Nova medida:*

“Melhorar o acompanhamento, controlo interno e sistemas de gestão e de risco das ARS.”

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.88 *Anterior 3.85. Sem alterações.*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.76 *Anterior 3.88. Sem alterações.*

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.75 *Sem alterações. Anterior 3.76.*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.69 *Sem alterações. Anterior 3.75.*

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.64 *Sem alterações. Anterior 3.75.*

Serviços comuns (cross services)

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.82. “Concluir a instalação de um sistema eletrónico de registo clínico dos doentes.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.86. *Anterior 3.82. Sem alterações.*

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.87. *Anterior 3.86. Sem alterações.*

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.77. *Anterior 3.86. Sem alterações.*

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.76 *Sem alterações. Anterior 3.77.*

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.70. Anterior 3.76. Redação alterada:

“Colocar em funcionamento o sistema de registos clínicos dos doentes e facultar acesso a todas as unidades de saúde.”

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.65 Sem alterações. Anterior 3.70.

Redação na versão inicial (maio de 2011)

Medida 3.83. “Reduzir os custos com transporte de doentes em 1 terço.”

Redação na 1ª revisão (setembro 2011)

3.87 Anterior 3.83. Sem alterações.

Redação na 2ª revisão (dezembro 2011)

3.88. Anterior 3.87. Redação alterada:

“Reduzir os custos com transporte de doentes em 1 terço face a 2010.”

Redação na 3ª Revisão (março 2012)

3.78. Anterior 3.88. Sem alterações.

Redação na 4ª Revisão (junho 2012)

3.77 Sem alterações. Anterior 3.78.

Redação na 5ª Revisão (outubro 2012)

3.71 Sem alterações. Anterior 3.77.

Redação na 6ª Revisão (dezembro 2012)

3.66 Sem alterações. Anterior 3.77.